

2012 Member Formulary

2012 Formulario de Miembros



**Preferred Drug List
Generic Medication Policy
Dispensing Limitations
Prescribing Guidelines**

**Lista de Medicamentos Preferidos
Reglas de Medicamentos Genéricos
Dispensando Limitaciones
Directriz de Recetas**

formulary

ClearScript SM

NPS
PROCESSING

INTRODUCTION

For the most up-to-date information about National Pharmaceutical Services®/Pharmaceutical Technologies, Inc.® (P.T.I.®) Formulary (the Formulary), please see the Formulary information on our website at www.pti-nps.com. This Formulary includes most, but not all, therapeutic classes of prescription drugs and is subject to change at any time upon review by PTI. Our national Formulary is reviewed each quarter by a Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee. The Formulary applies only to outpatient prescription medications dispensed by participating pharmacies. It does not apply to inpatient medications or the medications obtained from and/or administered by a physician. All information in the Formulary is provided as a reference for drug therapy selection. Physicians and pharmacists are encouraged to review the Formulary and utilize it when prescribing for our members. This is extremely important since a member's prescription benefit is based on medications being prescribed from the Formulary. The Formulary is not intended to interfere with independent medical judgment that is based upon the patient-physician relationship. The final choice of specific drug selection for an individual patient rests solely with the prescriber. Products on the Formulary may not include all strengths or dosage forms associated with the brand name product. All drugs included on the Formulary are not necessarily covered by each member's prescription drug benefit plan. **The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans. Coverage of listed products will be subject to limitations of the prescription drug benefit plan design. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage.**

DEVELOPMENT OF THE DRUG FORMULARY

The multitude of drugs available in the consumer market makes it mandatory that plans introduce a sound program of drug usage. This tool is developed to ensure members receive the best care and protection possible in a cost-effective manner. Such a program should involve the thorough evaluation, selection, and use of medicinal agents. This is the basis for rational drug therapy. The concept of a Formulary provides a method for achieving rational drug therapy in a cost-effective manner, while providing optimal therapeutic outcomes for the member. The Formulary is the cornerstone of drug therapy quality assurance and cost containment efforts. A Formulary supports and maximizes the effectiveness of prescribing guidelines and protocols for therapy. As such, the development and maintenance of the Formulary is necessarily an on-going and dynamic process.

The Formulary is a continually revised compilation of pharmaceuticals which reflects the current clinical judgment of the Pharmacy and Therapeutics Committee as they evaluate, appraise, and select from the numerous available medicinal agents and dosage forms that are considered most useful in patient care. The P&T Committee considers published scientific and clinical data, treatment guidelines, FDA approved indications, plan utilization and cost in the selection process. It is the ultimate goal of the P&T Committee to make the Formulary comprehensive, pro-active, and easy to use.

The Formulary system also serves other purposes. By minimizing duplication, it lowers the costs to clients of PTI of providing the prescription drug card benefit to its members. All of these factors result in lower drug costs for the drug benefit plan. Some drugs that are included in the Formulary may be excluded from coverage under certain benefit plans. The Formulary is designed around the drug product's ability to restore the member's health and sustain or improve their quality of life. As you use the Formulary, we invite your suggestions to improve the format or content. On behalf of our self-insured employer groups, Pharmacy SmartCard members, and all at-risk plans, we want to thank you for your cooperation in using our global Formulary.

MENTAL HEALTH PARITY ACT

The Mental Health Parity and Addiction Equity Act referred to as (MHPEA) of 2008 and its accompanying interim final rules require that management for mental health and substance use disorder medications follow the same development approach and rules as medications for other conditions.

The NPS formulary has subdivided the prescription drug classification into tiers and applies the general parity requirement separately to each tier of prescription drug benefits. For plans that impose different levels of financial requirements on different tiers (i.e. a tiered benefit plan) of prescription drugs, these factors are based on reasonable factors (such as cost, efficacy, generic versus brand name, and mail order versus pharmacy pick-up), and determined in accordance with the requirements for non-quantitative treatment limitations, and without regard to whether a drug is generally prescribed with respect to medical/surgical benefits or mental health or substance use disorder benefits. Since the NPS formulary and tiering structure is developed the same with the same principles applied to all categories of medication, with no specific criterion differentiating mental health drugs, and does not require more restrictive requirements for drugs prescribed for mental health conditions and substance use disorders than any other general medical/surgical use drug; the NPS formulary is in compliance with this regulation.

PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

The P&T Committee includes physicians and pharmacists. They must adhere to the standards of the ethics policy set forth by the P&T Committee. They review the medications in each therapeutic class for efficacy, adverse events, and cost of treatment, and then select agents in each category for inclusion/exclusion in the Formulary. The maintenance of the Formulary is a dynamic process, and new medications and information concerning existing medications are continually reviewed by the P&T Committee.

PRODUCT SELECTION CRITERIA

When a new drug is considered for Formulary inclusion, an attempt will be made to examine the drug relative to similar drugs currently on Formulary. In addition, entire therapeutic classes are periodically reviewed. The class review process may result in deletion or non-Formulary (NF) status of drug(s) in a particular therapeutic class, in an effort to continually promote the most clinically useful and cost-effective agents.

A central factor in successful management of the Formulary is the review and evaluation of the drug products available in the consumer market and a means to make changes to the Formulary in response to changing therapies and economic factors. The P&T Committee utilizes the following criterion in the evaluation of product selection for the Formulary:

- a) The drug product must demonstrate unequivocal safety for medical use.
- b) The drug product must be efficacious and be medically necessary for the treatment, maintenance, or prophylaxis of a medical condition.
- c) The drug product does not have alternative/similar agents on the Formulary that could be substituted.
- d) The drug product must demonstrate a therapeutic outcome.
- e) The medical community must accept the drug product for use.
- f) The drug product must have an equitable cost ratio for the treatment of the medical condition.

FORMULARY CONTROL MEASURES

To promote the most appropriate utilization of selected high risk or higher cost medications, PTI will use one or a combination of the following to enforce Formulary compliance. (1) NDC lock and block at the point of sale, (2) Formulary filling fee incentives for pharmacists, (3) co-pay differentials for members, (4) on-line Formulary messaging, (5) prior authorization, (6) dollar limits per claim before prior authorization and (7) quantity limitations. The P&T Committee has established Formulary criteria with input from participating physicians and consideration of current medical literature.

FORMULARY MODIFICATION/QUESTIONS

If a physician requests that a new or existing medication be considered for addition to the Formulary, a letter indicating the significant advantages of the drug product over current Formulary medications in this class should be mailed to the following address: Chairman, Pharmacy and Therapeutics Committee • Pharmaceutical Technologies, Inc. • P.O. Box 407 • Boys Town, NE 68010. Or e-mail formulary@pti-nps.com.

THREE-TIER FORMULARY CO-PAYMENT STRUCTURE

This Formulary is divided into three tiers and is color coded to easily identify the status of a particular agent in a therapeutic category on the Formulary. The 1st tier contains generic drugs. All generic medications are included in the first tier and are considered the preferred agents. Generic drugs offer an excellent value to the consumer because they are chemically identical to brand drugs but are priced at a fraction of the cost of the corresponding brand drug. The U.S. Food and Drug Administration (FDA) requires that generic drugs provide the same effectiveness and safety as their brand name counterparts. The FDA requires drug manufacturers to show that the generic version enters the bloodstream the same way, contains the same amount of active ingredient, comes in the same dosage form and is taken the same way as the brand name drug. Members will pay the lowest co-payment for generic medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the green shaded column. The 2nd tier contains Preferred Brand Name Medications. These are medications that are still patent protected and may not have generic alternatives available. The P&T Committee has reviewed these medications and found them to either be therapeutically superior, offer a better outcome for the member, or provide the same therapeutic effect, but save the plan sponsor money compared to an agent in the 3rd tier. Members will pay the middle co-payment for Preferred Brand Name Medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the yellow shaded column. The 3rd tier lists the Non-Preferred Brand Name Medications. These are brand-name drugs that either have equally effective and less costly generic equivalents or may have one or more alternative Preferred Brand Name Medications available in the 2nd tier that provide the same therapeutic effect. You or your doctor may decide that a medication in this category is best for you. If you choose a 3rd tier drug, you may be covered at the highest co-payment level, which still represents a significant savings to you compared to the medication's full retail cost. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the red shaded column. Refer to your benefit materials, or call the PTI/NPS Help Desk telephone number on your ID card, to determine what level of coverage you have for your prescription drugs.

FORMULARY ALTERNATIVES

Suggested therapeutic alternatives are selected drug products that represent options to non-Formulary medications. On-line Formulary messaging gives pharmacists suggested alternatives for non-preferred agents. Formulary alternatives represent opportunities to help the pharmacy benefit plan sponsor keep the benefit affordable and sustainable. In a three-tier Formulary, preferred alternatives result in lower co-payments for patients and save plan sponsors benefit dollars. Formulary alternatives require the prescriber's authorization and are recommended only after considering patient-specific disease states, contraindications, therapeutic history, present medications and other relevant circumstances.

THERAPEUTIC INTERCHANGE (TI) POLICY

The use of therapeutic interchange programs as part of a comprehensive approach to quality, cost-effective patient care is recommended. Therapeutic interchange is the practice of replacing, with the prescribing physician's approval, a prescription drug originally prescribed for a patient with a prescription drug that is its therapeutic equivalent. Two or more drugs are considered therapeutically equivalent if they can be expected to produce identical levels of clinical effectiveness and sound medical outcomes in patients. The term therapeutic interchange must be distinguished from the term therapeutic substitution. Therapeutic substitution has been defined as a practice in which the pharmacist can substitute any drug believed by the pharmacist to have a similar therapeutic effect as the drug prescribed, without the approval of the prescriber. Therapeutic interchange involves the collaboration of pharmacists and prescribers in reviewing available drug products with equivalent therapeutic effects in order to provide patients with the safest, most rational, and most cost-effective drug therapy. Therapeutic interchange ensures that prescribers are informed regarding drug therapy options. The prescriber retains the authority to decide upon the patient's ultimate therapy. Therapeutic interchange programs are guided by clinically-based prescribing guidelines that are reviewed by the P&T Committee. However, therapeutic interchange is not always about lower drug costs. Therapeutic interchange often occurs when overall healthcare savings can be achieved. Replacing one drug with a more expensive one may result in fewer treatment failures, better patient adherence to the treatment plan, and fewer side effects. Such efficient use of medical resources helps keep medical costs down, improves the patient's access to more affordable healthcare, and enhances the patient's quality of life. Therapeutic interchange requires the authorization of the prescriber. Therapeutic interchange requires the evaluation of each patient prior to changing the medication order. When possible, therapeutic interchange is prospective. When therapeutic interchange is implemented, it is preferable to provide the therapeutic equivalent medication prior to the first dose of prescribed medication. Conducting the therapeutic interchange prior to administration of the first dose to the patient enhances the efficiency of the program and improves patient acceptance.

GENERIC DRUG POLICY

It is the policy of PTI to utilize high quality generic medications when available. A generic drug is identical, or bioequivalent, to a brand name drug in dosage form, safety, strength, route of administration, quality, performance characteristics, and intended use. Although generic drugs are chemically identical to their branded counterparts, they are typically sold at substantial discounts from the brand name price. It is the policy of PTI to encourage pharmacies to utilize the same generic product that was distributed by the same company that was dispensed on the original prescription on all subsequent refills for the drug product selection. In general, the average price of a generic prescription is anywhere from 30-80% less than the average price of a brand-name drug. Pharmacists may drug product select for a pharmaceutically equivalent (as defined by the FDA Orange Book) when state regulations allow. Otherwise, the pharmacist must get approval from the prescribing physician to use the generic equivalent product. PTI does not recommend that generic substitution be exercised with multi-source products that cannot be considered therapeutically equivalent to others in the same category. It is also recommended that generic substitution not be undertaken for any unrated products that might be considered narrow therapeutic index (NTI) drugs or which are known not to be bioequivalent. Finally, it is important to note that state laws and regulations govern the practice of generic substitution for certain drug products. Requests for exception to the generic policy must clearly document specific reasons for medical necessity and appropriateness.

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

Medications that have generic equivalents available are covered at a generic reimbursement level and should be prescribed and dispensed in the generic form. Maximum Allowable Cost (MAC) limits have been established for specific dosage forms of these drugs. The MAC list sets a ceiling price for the reimbursement of certain multi-source prescription drugs. This price will typically cover the acquisition of most generics but not branded versions of the same drug. The products selected for inclusion on the MAC list are commonly prescribed and dispensed and have gone through the FDA's review and approval process.

Providers are reminded of the following:

1. When generic substitution conflicts with state regulations or restrictions, the pharmacist must get approval from the prescriber to use the generic equivalent.
2. Pharmacists are reminded that a drug preceded by an asterisk indicates one or more (but not necessarily all) forms of the drug are subject to a Maximum Allowable Cost (MAC), and the MAC list should be consulted.
3. If a member insists on the brand name product for a prescription of a medication included in the MAC list after their physician has approved the generic version, the patient will have to pay the cost difference between the brand name drug and the MAC amount (ancillary charge). The appropriate dispense as written (DAW) code of 2 should be utilized when submitting the prescription claim for reimbursement.

OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATIONS

Over-the-counter (OTC) products may be covered and some are listed for informational purposes (when available, non-prescription products may be less costly to the plan than a covered product). If a prescription product is available in the identical strength, dosage form, and active ingredient(s) as an OTC product, the prescription product will not be covered. In these instances, physicians and pharmacists should refer participants to the OTC equivalent product. If the member or physician insists on the prescription equivalent product, the member must pay the entire cost of the prescription.

OFF-LABEL USE OF MEDICATIONS

The Food and Drug Administration (FDA) has required that drugs used in the United States be both safe and effective. The label information or the package insert of a medication indicates drug use only in certain "approved" doses and routes of administration for a particular condition or disease state. The use of a drug for a disease state or condition not listed on the label, or in a dose or by a route not listed on the label, is considered to be a "non-approved" or "un-labeled" or "off-label" use of the drug. A prior authorization is required when a medication is used outside of its FDA approved route of administration, dosage, or indication. Coverage will be determined in the same manner and subject to the same conditions and limitations as any other prescription drug. Prior authorizations for unlabeled uses of medications may be granted provided that: a) the medication is approved by the FDA; and b) two or more peer-reviewed professional medical journals have recognized, based on scientific medical criteria, the safety and effectiveness of the medication or combination of medications, for treatment of the indication for which the medication has been prescribed unless two articles from major peer-reviewed professional medical journals have concluded, based on scientific or medical criteria, that the drug or combination of drugs is unsafe or ineffective or the safety and effectiveness of the drug or combination of drugs cannot be determined for the treatment of the indication for which the drug or combination of drugs has been prescribed.

EXPERIMENTAL MEDICATIONS

Any medication or drug that has not been approved by the FDA to be both safe and effective for use in the United States will not be covered. This includes both FDA approved and non-approved medications that are in experimental or investigational trials to determine new indications, new routes of administration, or new dosage forms.

TABLET SPLITTING

Medications listed in the Formulary in **bold print** represent potential 1/2 tablet opportunities for some strengths. In some instances, cutting higher dosage tablets in half can save as much as 50 percent of the prescription drug cost. Your doctor or pharmacist can tell you if tablet splitting will work for you and if there is a cost savings for the specific medications that you are taking.

PRIOR AUTHORIZATION

To promote appropriate utilization, selected high-risk or high-cost medications may require prior authorization to be eligible for coverage under the member's prescription drug benefit. The P&T Committee has established prior authorization criteria. In order for a member to receive coverage for a medication requiring prior authorization, the member's physician should contact the customer service center at **1-800-546-5677** to obtain a prior authorization request form. Your physician may then be required to document the reason why a Formulary medication is not acceptable for treatment of your disease state or medical condition. Your physician will want to include in his/her letter your diagnosis and previous therapies that have failed.

MAINTENANCE AND NON-MAINTENANCE MEDICATIONS

Prescription drug card benefit plans often differ in their plan design. In some plans, the benefits may vary depending upon whether the medication is considered to be an acute or a maintenance medication. Your medication co-pay and the quantity of medication you can receive in a prescription can vary depending upon the status of your medication. **Non-Maintenance (Acute) Medications:** Acute medications are medications that are to be used for a short period of time. This can include medications that are given as a starter dose. A starter dose of medication is a medication that may become a maintenance medication based on its generic name and strength and has not been obtained within the previous six-month period. Medications such as antibiotics or other agents that are given to cure or treat a condition from which recovery is predicted are considered curative treatments and are classified as non-maintenance medications, or a short-term medication.

Maintenance Medications: Maintenance medications can also be referred to as long-term medications. The following is the criteria that is used to determine if a medication is a maintenance medication: a) The drug has a low probability for dosage or therapy changes due to side effects, serum drug concentration monitoring, or therapeutic response over a course of prolonged therapy; b) The drug's most common use is to treat a chronic disease state when a therapeutic endpoint cannot be determined. (A drug may have an indication for maintenance therapy but lacks the maintenance drug code if that indication is not the most common use of the drug); c) Therapy with the drug is not considered curative or promoting of recovery; and d) The drug is administered continuously rather than intermittently. The criteria listed above are limited to the typical outpatient use of a drug. Dosage forms that are not practical for large dispensing quantities (such as liquids) or have limited expiration dating are excluded. Drugs known for life-threatening toxicity when taken in overdose may be excluded. Non-drug products and non-prescription drug products, with the exception of insulin (if covered by the plan), are excluded.

NEW DRUGS INTRODUCED INTO THE CONSUMER MARKET

As the U.S. Food and Drug Administration (FDA) approves new drugs and therapies available to the consumer market after the Plan Summary Documents have been distributed, the Drug Benefit Plan reserves the right to extend or deny coverage to these medications after the printing of this document. The Drug Benefit Plan also reserves the right to assign a unique co-pay or coinsurance to these medications and/or limit the quantities of these medications.

Members will receive notices regarding any Drug Benefit Plan modifications concerning drugs or therapies at such time that they present a prescription that is impacted by modifications to the Formulary. Network pharmacies are charged to communicate these updates or changes to the program which may impact a member. The P&T Committee will review new drugs approved by the FDA on a monthly basis. New products with an FDA designation of 1P (FDA priority review – therapeutic advance over currently-marketed drugs) will automatically be considered for addition to the Formulary, even if not requested by a plan. New products with an FDA designation of 1S (FDA standard review – no therapeutic gain over currently marketed drugs) will not generally be considered for addition to the Formulary, unless requested by a plan, or the drug class is currently under review by the P&T Committee. Members wanting to have newly approved therapies considered by the plan may write and/or call the SmartCardsm company servicing the plan or may contact the plan administrator.

STEP THERAPY

Step Therapy is a program especially designed for people who take prescription drugs regularly to treat an ongoing medical condition. The program helps you get the prescription drugs you need, with safety, cost and—most importantly—your health in mind. In Step Therapy, the covered drugs you take are organized in a series of “steps,” with your doctor approving and writing your prescriptions. The program usually starts with generic drugs in the “first step.” These generics—rigorously tested and approved by the U.S. Food & Drug Administration (FDA)—allow you to begin or continue treatment with safe, effective drugs that are also affordable: Your co-payment is usually the lowest with a first-step drug. More expensive brand-name drugs are usually covered in the “second step,” even though the generics covered have been proven to be effective in treating medical conditions. Your doctor is consulted for approval and writes your prescriptions based on the list of Step Therapy drugs covered by the formulary. Step Therapy is developed under the guidance and direction of independent, licensed doctors, pharmacists and other medical experts. They review the most current research on thousands of drugs tested and approved by the Food and Drug Administration for safety and effectiveness. Then they recommend appropriate prescription drugs for the Step Therapy program. The first time you submit a prescription that isn't for a first-step drug, your pharmacist will tell you there's a note on the computer system indicating that our plan uses Step Therapy. This simply means that if you'd rather not pay full price for your prescription drug, your doctor needs to write you a new prescription for a first-step drug. With Step Therapy, more expensive brand-name drugs are usually covered in a later step in the program if you've already tried the “first-step,” generic drugs covered in the program, you can't take the “first-step” drug (because of an allergy, for instance), or, your doctor decides you need a brand-name drug, for medical reasons. If any one of these applies to you, your doctor can ask for a “prior authorization” for you to take a second-step prescription drug. Once the prior authorization is approved, you pay the appropriate co-payment for this formulary-approved drug. If the prior authorization is not approved, you will need to pay the full price for the drug.

DISPENSING LIMITATION LIST

The following list represents the P&T Committee recommendations for dispensing or quantity limitations per a specific amount of time. Quantity limit programming has become an acceptable pharmacy plan practice that may be appropriate to place on some medications. The intentions are to safeguard members' health and save plan benefit dollars. This program ensures members do not receive a prescription for a quantity that exceeds recommended plan limits. Limits are set because some medications have the potential to be abused, misused, shared, or have a manufacturer's limit on the maximum dose. These limits have been reviewed by our clinical and medical staff, and the Pharmacy and Therapeutics Committee. The quantity limits are based on FDA approved dosing schedules, current medical practices, evidence based clinical guidelines, and peer-reviewed medical literature related to that particular drug. The inclusion of a medication on this list does not imply coverage under all plans, nor does the inclusion of a dispensing limitation imply that your specific benefit plan also has the same limitation. **Plans may elect their own limitations. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage and/or inclusion of a medication in the dispensing limitations list, as the list is subject to change.**

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Ability .....	.30 tabs/30 days	Aricept .....	.30 tabs/30 days	Celebrex.....	.60 tabs/30 days
Ability sol.....	.750 ml/30days	Arimidex.....	.30 tabs/30 days	Chantix.....	.60 tabs/30 days
Acanya.....	.1 jar/30 days	Asmanex.....	.1 inhaler/30 days	Cialis.....	.6 tabs/30 days
Accolate .....	.60 tabs/30 days	Astepro .....	.1 bottle/30 days	Cialis 2.5 mg and 5 mg.....	.30 tabs/30 days
Accuben .....	.120 vials/30 days	Atacand .....	.30 tabs/30 days	Cimzia Starter Kit	1 kit per 365 days
Accutane.....	.150 days supply/calendar yr	Atacand HCT .....	.30 tabs/30 days	Cimzia.....	.2-200 mg inj or 400 mg/28 days
Accutane .....	.30 days/presc. dispensed	Atelvia .....	.4 tabs/28 days	claravas.....	.30 days/presc. dispensed
Aciphex.....	.30 tabs/30 days	Availide .....	.30 tabs/30 days	Clarinetx, Clarinex D .....	.50 tabs/30 days
Actiq.....	.120 lozenges/30 days	Avandamet .....	.60 tabs/30 days	Climara, Climara Pro .....	.4 patches/30 days
Actos .....	.30 tabs/30 days	Avandaryl .....	.60 tabs/30 days	Clozapine .....	.1 tabs/30 days
Adderall .....	.60 tablets/30 days	Avandia .....	.60 tablets/30 days	Cozaire .....	.24 tabs/30 days
Advar Diskus .....	.1 inhaler (60 blisters)/30 days	Avapro .....	.30 tabs/30 days	Cognex .....	.120 capsules/30 days
Advicor .....	.60 tablets/30 days	Avelox .....	.14 tabs/presc.	Colcrys .....	.120 tabs/30 days
Aerochamber .....	.1/calendar yr	Avinza .....	.30 capsules/30 days	Completa .....	.30 tabs/30 days
Afinitor .....	.30 tabs/30 days	Avoidart .....	.30 capsules/30 days	Concerta 18 mg, 27 mg, & 54 mg .....	.30 tabs/30 days
Alora.....	.8 patches/30 days	Axert 12.5 mg tabs.....	.12 tabs (2 boxes)/30 days	Concerta 36 mg .....	.60 tabs/30 days
Altopenr.....	.30 tablets/30 days	Axert 6.25 mg tabs.....	.18 tab (3 boxes)/30 days	Copaxone .....	.1 kit per 30 days
Alsuma.....	.6 inj/30 days	Benzaclin .....	.180 ml/30 days	Cordran Patch .....	.24/30 days
Amitiza .....	.60 capsules/30 days	Benzaclin .....	.1 unit/30 days	Cordran Tape .....	.2 rolls/30 days
Ampyra ER.....	.60 tablets/30 days	Banzel .....	.240 tabs/30 days	Coreg CR .....	.30 tabs/30 days
Androgel 1.62% .....	.150 gm/30 days	Benicar .....	.30 tabs/30 days	Cozaar .....	.30 tabs/30 days
Androgel 1%-50 mg & Pump .....	.300 gm/30 days	Benicar HCT .....	.30 tabs/30 days	Crestor .....	.30 tabs/30 days
Androgel 1%-25 mg .....	.75 gm/30 days	Betaserod .....	.15 vials/30 days	Cymbalta 20 mg .....	.90 capsules/30 days
Antara 130 mg .....	.30 tabs/30 days	Bevaz.....	.28 tabs/28 days	Cymbalta 30 mg .....	.30 capsules/30 days
Antara 43 mg .....	.60 tabs/30 days	Boniva 150 mg .....	.1 tab/28 days	Cymbalta 60 mg .....	.30 capsules/30 days
Arcalyst .....	.4 vials/30 days	Brilinta .....	.60 tabs/30 days	Daliresp .....	.30 tabs/30 days
Avonex .....	.4 vials/30 days	budeprion XL 150 mg .....	.90 tabs/30 days	Daytrana .....	.30 patches/30 days
Alvesco .....	.1 inhaler/30 days	budeprion XL 300 mg .....	.60 tabs/30 days	Denavir .....	.1.5 gms/30 days
Ambien .....	.30 tabs/30 days	butil/ASA/caffeine .....	.180 tabs/30 days	Detroil .....	.60 tabs/30 days
Ambien CR .....	.30 tabs/30 days	butorphanol NS .....	.2 bottles (2.5 mg ea.)/30 days	Detroil LA .....	.30 capsules/30 days
Amerge 1 mg tabs.....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	Butrans .....	.4 patches/28 days	Diabetic Test Strips, Lancets, Syringes .....	.800 units/3 mo. period
Amerge 2.5 mg tabs .....	.9 tabs (1 box)/30 days	Byetta .....	.24 ml/30 days	Diovan .....	.30 tabs/30 days
Amevive	Limited to 18 yrs and older	Bystolic .....	.60 tabs/30 days	Diovan HCT .....	.30 tabs/30 days
amlodipine .....	.30 tabs/30 days	Caduet .....	.30 tabs/30 days	Duetact .....	.30 tabs/30 days
amlodipine/benazepril .....	.30 tabs/30 days	Cambia .....	.9 packets/30 days	Duxies .....	.90 tabs/30 days
amnestem .....	.30 days/presc. dispensed	Caprelsa .....	.300 mg 30 tabs/30 days	Dulera .....	.1 inhaler/30/30 days
Amrix .....	.30 caps/30 days	Caprelosa .....	.100 mg 60 tabs/30 days	Duragesic .....	.10 patches/30 days
Anturnide .....	.30 tabs/30 days	carisoprodol .....	.120 tabs/30 days		
Anzemet tabs .....	.10 tabs/presc. dispensed	carisoprodol/ASA .....	.150 tabs/30 days		
Aplenzin .....	.30 tabs/30 days	carisoprodol/ASA/codeine .....	.120 tabs/30 days		
Apriso .....	.120 caps/30 days	Casodex .....	.30 tabs/30 days		
Arcapta .....	.30 caps/30 days	Caverject .....	.6 injections/30 days		

continued on next page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	
Erdarbi.....	30 tabs/30 days	Lotronex.....	60 tabs/30 days	Sanctura.....	60 tabs/30 days
Edex.....	.6 injections/30 days	Lotronex.....	Limited to use in females only	Sanctura XR.....	30 capsules/30 days
Edluar.....	30 tabs/30 days	Lovalza.....	120 capsules/30 days	Sancuso.....	4 transdermal patches/30 days
Edurant.....	30 tabs/30 days	Lumigan.....	5 ml/30 days	Santyl.....	30 grams/presc. dispensed
Efexor XR 37.5 mg.....	30 tabs/30 days	Lunesta.....	30 tabs/30 days	Saphris.....	60 sublingual tabs/30 days
Efexor XR 75 mg.....	90 tabs/30 days	Luvox CR.....	30 caps/30 days	Savella.....	60 tablets/30 days
Efexor XR 150 mg.....	60 tabs/30 days	Lyrica.....	120 capsules/30 days	Serentev Diskus.....	1 inhaler (60 blisters)/30 days
Effient.....	30 tabs/30 days	Maxalt Maxalt MLT		Seroquel.....	60 tabs/30 days
Elidel Cream.....	30 gms/presc. dispensed	5 mg tabs.....	24 tabs (4 boxes)/30 days	Seroquel XR.....	60 tabs/30 days
Emend.....	5 tabs/presc. dispensed	10 mg tabs.....	12 tabs (2 boxes)/30 days	Silenor.....	60 tabs/30 days
Emsam.....	.30 presc./30 days	Micardis.....	30 tabs/30 days	Sinuron.....	60 tablets/30 days
Enbrel.....	30 tabs/30 days	Micardis HCT.....	30 tabs/30 days	Simvastatin.....	30 tabs/30 days
Enbrel 25 mg.....	16 injections/30 days	Migranal Nasal Spray.....	16 sprays (2 boxes)/30 days	Singular.....	30 tabs/packets/30 days
Enbrel 50 mg.....	8 injections/30 days	Mirapex.....	60 tabs/30 days	Singular Chewables.....	Limited to 15 yrs and under
Epiduo.....	90 gms/30 days	Mirapex ER.....	30 tabs/30 days	Skeleid.....	60 tabs/30 days
Epipen, Epipen Jr.....	2 pens/30 days	mirtazapine.....	30 tabs/30 days	Solaraze.....	100 gm/30 days
Epivir HBV.....	30 tabs/30 days	Moxeza.....	3 ml/30 days	Sonata tabs.....	30 tabs/30 days
erplerone.....	60 tabs/30 days	Mutraq.....	60 tabs/30 days	Sorilux.....	120 gms/30 days
Erectile Dysfunction Drugs.....	Limited to use in males only	Muse.....	6 inserts/30 days	sotret.....	30 days/presc. dispensed
Erectile Dysfunction Drugs (Cialis, Levitra, Viagra).....	Combined limit of 6 tabs/30 days	Namenda.....	60 tabs/30 days	Spiriva.....	1 inhaler (30 capsules)/30 days
Evamist.....	1 box/30 days	Namenda XR.....	30 tabs/30 days	Sporanox.....	90 day supply/calendar year
Evista.....	30 tabs/30 days	Natazia.....	28 tabs/28 days	Sprix.....	5 bottles/30 days
Exalgo.....	30 tabs/30 days	Nehubpent.....	1 inhaler/30 days	Stadol NS.....	2 bottles (2.5 ml each)/30 days
Exelon.....	60 tabs/30 days	Neulasta.....	2 syringes/30 days	Starlix.....	90 tabs/30 days
Exelon Patch.....	30 patches/30 days	Neumega.....	21 vials/30 days	Strattera.....	60 capsules/30 days
Exforge.....	30 tabs/30 days	Nexium.....	30 capsules/30 days	Sumavel DosePro.....	6 injections/30 days
Exforge HCT.....	30 tabs/30 days	Niaspan.....	60 tabs/30 days	Sylatrom.....	4 springs/30 days
Extavia.....	15 vials/30 days	Norvasc.....	30 tabs/30 days	Symbax.....	30 capsules/30 days
Factive.....	.7 tabs/30 days	Noxafil.....	Limited to 13 yrs and older	Symlin Pen 60.....	1 pack or 3 ml/30 days
Fanapt.....	.60 tabs/30 days	Nucynta.....	180 tabs/30 days	Symlin Pen 120.....	1 pack or 5.4 ml/30 days
Fentora.....	120 tabs/30 days	Nuvaring.....	1/30 days	Tamiflu.....	1 treatment every 180 days
feroxefenadine 30 mg & 60 mg.....	.60 tabs/30 days	Nuvigil.....	30 tabs/30 days	Tarka.....	30 tabs/30 days
feroxefenadine 180 mg.....	.30 tabs/30 days	Oleptro.....	30 tabs/30 days	Tasmar.....	90 tabs/30 days
finasteride.....	.30 tabs/30 days	omeprazole.....	60 capsules/30 days	Tektuna.....	30 tabs/30 days
finasteride.....	Limited to use in males only	Omnaris.....	2 inhalers/30 days	Tektuna HCT.....	30 tabs/30 days
Flecten.....	30 patches/30 days	ondansetron ODT tabs.....	10 tabs/presc. dispensed	Terazod 3.....	1 tube/30 days
Flomax.....	60 capsules/30 days	ondansetron tabs.....	10 tabs/presc. dispensed	Terazod 7.....	1 tube/30 days
Foradil.....	1 inhaler (60 capsules)/30 days	Onglyza.....	30 tabs/30 days	Tekamol.....	30 tabs/30 days
Fortesta.....	120 gm/30 days	Onsolsi.....	30 films/30 days	terbinafine tabs.....	90 days supply/calendar yr
Frova 2.5 mg tabs.....	18 tabs. (2 boxes)/30 days	Oral Contraceptives.....	Limited to use in females only	terconazole 3.....	1 tube/30 days
Gardisil.....	Limited to females 13-26 yrs of age	Oravig.....	.14 tabs per rx	terconazole 7.....	1 tube/30 days
Gelignite.....	.30 gm/30 days	Ortho Evra.....	.3 patches/28 days	TOBI.....	56 ampules/30 days
Geodon.....	.60 capsules/30 days	Oxycontin.....	.120 tabs/30 days	Tobradex ST.....	5 m/30 days
Gilenya.....	.30 capsules/30 days	Oxytrol.....	.8 patches/30 days	Toradol.....	20 tabs/calendar yr
Gralise 300mg.....	180 tab/30days	pantoprazole.....	.30 tabs/30 days	Toviaz.....	30 tabs/30 days
Gralise 600mg.....	.90 tab/30days	paroxetine CR.....	.60 tabs/30 days	Tradjenta.....	30 tabs/30 days
granisetron.....	10 tabs./presc. dispensed	Patanase.....	.1 bottle/30 days	tramadol.....	240 tabs/30 days
Hepsera.....	30 tabs/30 days	Paxil CR.....	.60 tabs/30 days	tramadol/APAP.....	240 tabs/30 days
Horizonte.....	30 tabs/30 days	Pegsyl.....	.80 tabs/30 days	transderm SCOP.....	10 patches/30 days
Humira 20 mg.....	.8 injections/30 days	Peg-Intron.....	4 syringes/vials/30 days	Travatan, Travatan Z.....	5 m/30 days
Humira 40 mg.....	4 injections/30 days	Persoaind.....	.150 ml/30 days	Travatan Z.....	10 tabs/30 days
Hyzaar.....	.30 tabs/30 days	Pentasa 250 mg.....	.120 caps/30 days	Trimelitin.....	30 tabs/30 days
Ileam.....	.1 vial/60 days	Pentasa 500 mg.....	.240 caps/30 days	Trizbenzor.....	30 tabs/30 days
Imitrex 25 mg tabs.....	18 tabs (2 boxes)/30 days	Pexely 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg.....	.30 tabs/30 days	Tricor.....	30 tabs/30 days
Imitrex 50 mg tabs.....	18 tabs (2 boxes)/30 days	Plan B.....	1 treatment/calendar yr	Trilipix.....	30 caps/30 days
Imitrex 100 mg tabs.....	9 tabs (1 box)/30 days	Plavix.....	.30 tabs/30 days	Twynsta.....	30 tabs/30 days
Imitrex Injection.....	3 kits (6 injections)/30 days	Pradaxa.....	.60 capsules/30 days	Ultram ER.....	30 tabs/30 days
Imitrex Nasal Spray.....	12 sprays (2 boxes)/30 days	Prandimet.....	.60 tabs/30 days	Ultram/Ultracet.....	240 tabs/30 days
Incivek.....	180 tabs/30 days for 12 weeks	Prandin.....	.240 tabs/30 days	Uroxatral.....	30 tabs/30 days
Infergen.....	12 vials or syringes/30 days	Pravachol.....	.30 tabs/30 days	Valtorna.....	30 tabs/30 days
Inspira.....	.60 tabs/30 days	pravastatin.....	.30 tabs/30 days	Veltin.....	.30 grams/30 days
itraconazole.....	.90 days supply/calender yr	Pregnyl.....	.3 vials/30 days	Ventolin HFA.....	2 inhalers/30 days
Jalyn.....	.30 capsules/30 days	Prevacid.....	.30 tabs/30 days	Vesicare.....	.30 tabs/30 days
Janumet.....	.60 tabs/30 days	Precavid.....	.30 tabs/30 days	Viagra.....	6 tabs/30 days
Januvia.....	.30 tabs/30 days	Pristid.....	.30 tabs/30 days	Victoza.....	.3/30 days
Kadian.....	.60 capsules/30 days	ProAir HFA.....	.2 inhalers/30 days	Vibryd.....	.30 tabs/30 days
Kapvay.....	.60 tabs/30 days	Procrit 2000, 3000, 4000 unit only.....	.12/30 days	Vimovo.....	.60 tabs/30 days
Kapidex.....	.30 caps/30 days	Promacta.....	.90 tabs/30 days	Vimpat.....	.60 tabs/30 days
Keppra XR 500mg.....	.180 tabs/30 days	Profasi.....	.3 vials/30 days	Viramune XR.....	.30 tabs/30 days
Keppra XR 750mg.....	.120 tabs/30 days	Protinox.....	.30 tabs/30 days	Voltaren Gel.....	.960 gm/30 days
Ketek.....	.20 tabs/presc. dispensed	Proventil HFA.....	.2 inhalers/30 days	Ytorin.....	.30 tabs/30 days
ketorolac tabs.....	.20 tabs/calendar yr	Provigil 100 mg.....	.120 tabs/30 days	Xalatan.....	.5 m/30 days
Kineret.....	.30 syringes/30 days	Provigil 200 mg.....	.60 tabs/30 days	Xarelto.....	.30 tabs/30 days
Kombiglyze XR.....	.60 tabs/30 days	Pulmicort Respules.....	.70 ampuls/30 days	Xerese.....	.5 gm/30 days
Kytril.....	.10 tabs/presc. dispensed	Qualaquin.....	.42 caps/365 days	zaleplon.....	.30 tabs/30 days
Lamisil tabs.....	.90 days supply/calender yr	Ranexa.....	.120 tabs/30 days	Zazole.....	1 tube/30 days
Lattice.....	.3 ml/30 days	Rapaflo.....	.30 caps/30 days	Zegerid capsules/powder.....	.30/30 days
Latuda.....	.30 tabs/30 days	Raptiva.....	Limited to 18 yrs and older	Zetia.....	.30 tabs/30 days
Lescor XL.....	.60 capsules/30 days	Razadyne ER.....	.30 capsules/30 days	Zocor.....	.30 tabs/30 days
Letairis.....	.50 tabs/30 days	Rebif.....	.12 injections/30 days	Zofran ODT tabs.....	.10 tabs/presc. dispensed
Levaquin.....	.14 tabs/presc.	Regranex.....	.15 gms/presc. dispensed	Zofran tabs.....	.10 tabs/presc. dispensed
Levitra.....	.60 tabs/30 days	Relenza.....	1 treatment every 180 days	zolpidem.....	.30 tabs/30 days
Lixagli.....	.30 tabs/30 days	Relistor.....	.2 kits or 15 vials/30 days	Zolpimist.....	1 canister/30 days
Lidoderm Patches	.90 patches/30 days	Risperdal 4 mg.....	.12 tabs/30 days	Zomig Nasal Spray.....	.12 sprays (2 boxes)/30 days
Lipitor.....	.30 tabs/30 days	Risperidol 2 mg.....	.6 tabs/30 days	Zomig, Zomig ZMT.....	.5 mg/30 days
Livitol.....	.30 tabs/30 days	Rivotril 10 mg.....	.90 tabs/30 days	Zostavax.....	Limited to 60 yrs and older
LoSeasonique.....	.91 tabs/90 days	Roxerol.....	.90 tabs/30 days	zostavax ointment.....	.30 grams (2 x 15 gm)/30 days
Lotrel.....	.30 tabs/30 days	Ritalin LA.....	.60 capsules/30 days	Zyflco CR.....	.1 bottle/30 days
		Rivotril 15 mg.....	.30 tabs/30 days	Zyprexa.....	.30 tabs/30 days
		Rivotril 20 mg.....	.240 tabs/30 days	Zyvox.....	.56 tabs/28 days
		Rivotril 30 mg.....	.30 tabs/30 days	Zytiga.....	.120 tabs/30 days

Any member with a request exceeding the current quantity limits should have a letter from their healthcare provider. The letter should include diagnosis, reason for exceeding the quantity limit per month, and what the therapy plan will be for the member (i.e., tapering schedule). In most cases, the quantity limits we have selected are set to maximum dosages and should not exceed as according to the current manufacturer's recommendations. Prior authorizations for quantity limits exceeding the guidelines will be issued for 6-month intervals and will require a new letter from the member's healthcare provider at the end of the 6-month period.

Cualquier miembro con una petición superior a los límites de volumen actual debe tener una carta de su proveedor de atención médica. La carta debe incluir el diagnóstico, razón por exceder el límite de cantidad al mes, y lo que el plan de tratamiento será por el miembro (es decir, disminuyendo el horario). En la mayoría de los casos, los límites de volumen que ha seleccionado se establecen en dosis máxima y no debe ser superado de acuerdo a las recomendaciones del fabricante actual. Antes de las autorizaciones de los límites de cantidad superior a las directrices se publicarán en intervalos de 6 meses y requerirá una nueva carta del proveedor de atención médica del afiliado al final del

MEMBER BILL OF RIGHTS

In an effort to recognize the member's rights with respect to healthcare providers, products and pharmacy service, National Pharmaceutical Services (NPS) has adopted the following Member Bill of Rights.

A MEMBER'S RIGHTS INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:

- To exercise the foregoing rights without regard to age, sex, marital status, sexual orientation, race, color, religion, ethnicity, ancestry, national origin, mental or physical disability, genetic information, health status, source of payment, or utilization of services.
- To be treated with respect and recognition of their dignity and need for privacy.
- To have their prescriptions dispensed and pharmacy services provided from their choice of pharmacy providers in the NPS network. Subject to plan network limitations and restrictions.
- To know the terms and conditions of their prescription drug benefit plan, the content of preferred drug lists, and the procedures for obtaining exemptions or prior authorizations.
- To receive any legally prescribed product, realizing this may require them to bear the expense of such a choice.
- To ask for and receive any supplier's product that will legally fulfill a generically written prescription.
- To obtain relevant, current, and understandable information concerning their medication therapy and its relevance in the treatment plan from their healthcare provider.
- To discuss and request information related to their specific prescribed medication, the possible adverse side effects, and drug interactions.
- To expect that all records and discussions pertaining to their drug therapy will be treated as confidential.
- To expect that their specific information regarding pharmaceutical medications will not be extracted, provided, or sold to outside parties without their informed and expressed written consent.
- To have the opportunity to voice complaints or appeals about NPS, or the care provided at NPS Network Pharmacy Providers, and to an appeals process to ensure fair resolution of a complaint or grievance.

A MEMBER'S RESPONSIBILITIES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:

- Knowing, understanding and abiding by the terms, conditions and provisions of the NPS-administered prescription drug benefit plan. This information is made available through the Plan Summary Document.
- Paying co-payments, coinsurance, or deductibles as stated in the Plan Summary Document at the time service is provided and accepting financial obligations for services rendered.
- Being knowledgeable about their prescription drug therapy, including risks and limitations.
- Complying with their prescribed drug therapy regimen and maintaining a healthy lifestyle.
- Disclosing relevant information that is necessary for appropriate selection of drug therapy including health status, lifestyle, food and drug allergies, and medication history.
- To participate effectively in decision making, members must take responsibility for requesting information or clarification about the drugs they are taking when they do not fully understand information and instructions.
- To accept personal responsibility if they refuse treatments, medications, or services.
- Carrying their NPS Network SmartCard™ identification card and identifying themselves as a SmartCard holder prior to receiving pharmaceutical products and/or services.

EN ESPAÑOL

INTRODUCCIÓN

Para la información más reciente de National Pharmaceutical Services® / Pharmaceutical Technologies, Inc.® (PTI®) formulario (el formulario), por favor consulte la información de formulario en nuestra página web www.pti-nps.com. Este formulario incluye la mayoría, pero no todas, las clases terapéuticas de los medicamentos recetados y está sujeta a cambios en cualquier momento mediante la revisión por PTI. Nuestro Formulario Nacional se revisa cada trimestre por un comité de Farmacia y Terapéuticos (P&T). El formulario sólo se aplica a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios dispensados por las farmacias participantes. No se aplica a los medicamentos de hospitalización o medicamentos obtenidos a partir de y / o administrados por un médico. Toda la información en el formulario se proporciona como una referencia para la selección de la terapia de drogas. Los médicos y los farmacéuticos se les anima a revisar el formulario y utilizarlo cuando se prescriba para nuestros miembros. Esto es extremadamente importante, ya que beneficiar a un miembro de la receta se basa en medicamentos que se prescriben en el formulario. El formulario no pretende interferir con el juicio médico independiente que se basa en la relación médico-paciente. La elección final de selección de medicamentos específicos para un paciente individual depende únicamente del prescriptor. Productos en el formulario no incluye todas las concentraciones o formas de administración asociados con el producto de marca. Todos los medicamentos incluidos en el formulario no están necesariamente cubiertos por el plan de medicamentos recetados a cada miembro de beneficios sociales. *La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes. La cobertura de los productos señalados estarán sujetos a las limitaciones del diseño del plan de beneficios de farmacia. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica.*

DESARROLLO DEL FORMULARIO DE DROGAS

La gran cantidad de medicamentos disponibles en el mercado de consumo hace que sea obligatorio que los planes de introducir un programa racional de uso de drogas. Esta herramienta se ha desarrollado para asegurar que los miembros reciban la mejor atención y protección posible de una manera costo-efectiva. Dicho programa debe incluir la evaluación a fondo, la selección y el uso de agentes medicinales. Esta es la base para la terapia racional de los medicamentos. El concepto de un formulario proporciona un método para alcanzar la terapia racional de los medicamentos de una manera costo-efectiva, mientras que proporciona óptimos resultados terapéuticos para el miembro. El formulario es la piedra angular de la garantía de calidad de los medicamentos de terapia y los esfuerzos de contención de costos. Un formulario apoya y maximiza la eficacia de la prescripción de pautas y protocolos para la terapia. Como tal, el desarrollo y mantenimiento del Formulario es necesariamente una en curso y el proceso dinámico.

El formulario es una recopilación de los medicamentos revisados continuamente, lo que refleja el juicio clínico actual de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, ya que evaluar, y seleccionar entre los numerosos agentes disponibles medicamentos y formas farmacéuticas que se consideran más útiles en la atención al paciente. El comité de P&T considera los datos científicos publicados y clínicos, guías de tratamiento, aprobado por la FDA las indicaciones, la utilización del plan y el costo en el proceso de selección. Es el objetivo final del Comité de P & T para que el formulario completo, proactivo, y fácil de usar.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL

La Ley Paridad de Salud Mental y Contra la Adicción de Igualdad referida como (MHPEA) de 2008 y sus reglas finales provisional que corresponden requiere que la administración de la salud mental y los medicamentos de abuso de sustancias sigan el mismo enfoque de desarrollo y las normas como los medicamentos para tratar otros síntomas.

El formulario (NPS) ha subdividido la clasificación de medicamentos recetados en niveles, y se aplica el requisito de la paridad en general por separado para cada nivel de beneficios de medicamentos recetados. Para los planes que imponen los diferentes niveles de las necesidades financieras de los distintos niveles (es decir, un plan de beneficios en niveles) de los medicamentos recetados, estos factores se basan en factores razonables (tales como el costo, la eficacia, nombre genérico de la marca contra, y frente a la farmacia de pedidos por correo de recogida), y se determina de acuerdo con los requisitos para las limitaciones del tratamiento no cuantitativa, y sin tener en cuenta si un medicamento se prescribe generalmente con respecto a médico / quirúrgico o beneficios de salud mental o beneficios de abuso de sustancias. Como la estructura y niveles de el formulario (NPS) se desarrolla lo mismo con los mismos principios aplicados a todas las categorías de la medicación, sin criterio preciso diferenciar los medicamentos de salud mental, y no requiere unos requisitos más restrictivos para los medicamentos prescritos para las condiciones de salud mental y abuso de sustancias que cualquier otro de medicina general / de consumo de drogas quirúrgica, el (NPS) en el formulario es el cumplimiento del presente Reglamento.

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICOS (P&T)

El Comité de P & T incluye médicos y farmacéuticos. Ellos deben cumplir con las normas de la política de ética establecidos por el Comité P & T. A la revisión de los medicamentos en cada clase terapéutica de eficacia, reacciones adversas, y el costo del tratamiento, a continuación, seleccione los agentes en cada categoría para la inclusión / exclusión en el formulario. El mantenimiento del Formulario es un proceso dinámico, y nuevos medicamentos y la información relativa a los medicamentos existentes son continuamente revisados por el Comité P & T.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS

Cuando un nuevo medicamento es considerado para su inclusión formulario, se intentará examinar las drogas en relación con las drogas similares actualmente en el formulario. Además, toda clases terapéuticas son revisados periódicamente. El proceso de revisión de clase puede dar lugar a la supresión o no-Formulario (NF) el estado de la droga (s) en una clase terapéutica particular, en un esfuerzo por promover continuamente la mayoría de los agentes clínicamente útil y costo efectivo.

Un factor central en la gestión exitosa del formulario es la revisión y evaluación de los productos farmacéuticos disponibles en el mercado de consumo y un medio para realizar cambios en el formulario en respuesta a las terapias de cambio y los factores económicos. El Comité P & T utiliza el siguiente criterio en la evaluación de selección de productos para el formulario:

- a) El medicamento debe demostrar la seguridad inequívoca para uso médico.
- b) El medicamento debe ser eficaz y ser médicalemente necesarios para el tratamiento, el mantenimiento o la profilaxis de una enfermedad médica.
- c) El medicamento no tiene agentes alternativos / similar en el formulario que puede ser sustituido.
- d) El medicamento debe demostrar un resultado terapéutico.
- e) La comunidad médica debe aceptar el medicamento para su uso.
- f) El producto farmacéutico debe tener una relación equitativa de los costos para el tratamiento de la enfermedad médica.

FORMULARIO MEDIDAS PARA CONTROLAR

Para promover la utilización más adecuada de riesgo seleccionados de alto costo o más medicamentos, PTI utiliza uno de o una combinación de estos procedimientos para hacer cumplir formulario. (1) de bloqueo del NDC y el bloqueo en el punto de venta, (2) Formulario de llenado incentivos tarifa para los farmacéuticos, (3) co-pago diferenciales para los miembros, (4) de mensajería en línea formulario, (5) la autorización previa, (6) límites en dólares por siniestro antes de la autorización previa y (7) las limitaciones cuantitativas. El Comité de P & T ha establecido criterios de formulario con el aporte de los médicos participantes y el examen de la literatura médica actual.

MODIFICACIÓN / PREGUNTAS DEL FORMULARIO

Si un médico solicita que un medicamento nuevo o existente considerarse para su inclusión en el Formulario, una carta indicando las ventajas significativas del medicamento más actuales medicamentos del formulario en esta clase deben ser enviados por correo a la siguiente dirección: Presidente, Comité de Farmacia y Terapéutica • Pharmaceutical Technologies, Inc. • PO Box 407 • Boys Town, NE 68010. O por e-mail formulary@pti-nps.com.

ESTRUCTURA DE FORMULARIO DE TRES NIVELES DE CO-PAGO

Este formulario está dividido en tres niveles y está codificado por colores para identificar fácilmente el estado de un agente en particular en una categoría terapéutica en el formulario. La primera capa contiene los medicamentos genéricos. Todos los medicamentos genéricos están incluidos en el primer nivel y son considerados los agentes preferidos. Los medicamentos genéricos ofrecen un excelente valor para el consumidor, ya que son químicamente idénticos a los medicamentos de marca, pero cuestan una fracción del costo del medicamento de marca correspondiente. La administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) exige que los medicamentos genéricos ofrecen la misma eficacia y la seguridad de que sus homólogos de marca. La FDA requiere fabricantes de medicamentos para demostrar que la versión genérica entra en el torrente sanguíneo de la misma manera, contiene la misma cantidad de ingrediente activo, viene en la misma forma de dosificación y se toma la misma forma que el medicamento de marca. Los asegurados pagarán el más bajo co-pago por medicamentos genéricos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada en verde. El segundo nivel contiene medicamentos de marca preferidos. Estos son medicamentos que todavía están protegidos por patentes y no puede haber alternativas genéricas disponibles. El Comité de P & T ha publicado opiniones de estos medicamentos y que se encuentran a ser terapéuticamente superior, ofrecen un mejor resultado para el miembro, o proporcionar el mismo efecto terapéutico, pero guardar el dinero de los patrocinadores del plan en comparación con un agente en el 3er nivel. Los miembros pagan el co-pago por medicina preferida Marca de Medicamentos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada amarilla. La tercera lista de nivel de los medicamentos no recomendados de marca. Estos son los medicamentos de marca que, o bien tienen igual de eficaces y menos costosos equivalentes genéricos o pueden tener una o más alternativas preferidas medicamentos de marca disponible en el segundo nivel que proporcionan el mismo efecto terapéutico. Usted o su médico puede decidir que un medicamento en esta categoría es el mejor para usted. Si elige un tercio de drogas de nivel, puede ser objeto del más alto nivel de copago, que todavía representa un ahorro significativo para usted en comparación con el costo total al por menor de la medicación. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada de color rojo. Consulte a los materiales su beneficio, o llame a la PTI / NPS Ayuda número de teléfono en el escritorio de su tarjeta de identificación, para determinar qué nivel de cobertura que usted tiene para sus medicamentos recetados.

ALTERNATIVAS DEL FORMULARIO

Sugirió alternativas terapéuticas se seleccionan los medicamentos que representan opciones a los medicamentos fuera del formulario. El formulario en línea le da a los farmacéuticos alternativas para los agentes no preferidos. Alternativas formularias representan oportunidades para ayudar a los beneficios de farmacia patrocinador del plan mantener el beneficio económico y sostenible. En un formulario de tres niveles, las alternativas preferidas resultado en una menor co-pagos para los pacientes y salvar a los patrocinadores de planes de dólares de beneficios. alternativas Formulario requieren la autorización del médico y se recomienda sólo después de considerar los estados de enfermedad específica del paciente, las contraindicaciones, la historia terapéutica, los medicamentos actuales y otras circunstancias del caso.

POLÍTICA DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (TI)

El uso de los programas de intercambio terapéutico como parte de un enfoque global de la calidad, la atención al paciente sea costo efectivo es recomendado. Intercambio terapéutico es la práctica de la sustitución, con la aprobación del médico que prescribe, un medicamento recetado originalmente previsto para un paciente con un medicamento recetado que es su equivalente terapéutico. Dos o más medicamentos se consideran terapéuticamente equivalentes si se puede esperar que producen niveles iguales de efectividad clínica y el sonido los resultados médicos de los pacientes. El intercambio terapéutico término debe distinguirse de la sustitución terapéutica plaza. sustitución terapéutica se ha definido como una práctica en la que el farmacéutico puede sustituir un medicamento por el farmacéutico cree tener un efecto similar terapéutica que el medicamento prescrito, sin la aprobación de su médico. Intercambio terapéutico implica la colaboración de los farmacéuticos y los prescriptores en el examen de los productos disponibles de drogas con efectos equivalentes terapéuticos con el fin de proporcionar a los pacientes con la más segura, más racional, y la mayoría de la terapia con medicamentos rentable. Intercambio terapéutico asegura que los prescriptores están informados sobre las opciones de tratamiento farmacológico. El médico tiene la autoridad para decidir sobre el tratamiento final del paciente, programas de intercambio terapéutico se rigen por las normas de prescripción clínica basada en que son revisados por el Comité P & T. Sin embargo, de intercambio terapéutico no siempre se trata de costos de los medicamentos más bajos. Intercambio terapéutico a menudo ocurre cuando un ahorro global de salud se puede lograr. Sustitución de un fármaco por otro más caro puede ocasionar fallas en el tratamiento menos, una mejor adherencia del paciente al plan de tratamiento y menos efectos secundarios. Tal uso eficiente de los recursos médicos ayuda a mantener los costos médicos hacia abajo, mejora el acceso del paciente a más cuidados de salud asequibles, y mejora la calidad del paciente de la vida. Intercambio terapéutico requiere la autorización del médico. Intercambio terapéutico requiere la evaluación de cada paciente antes de cambiar el orden de los medicamentos. Cuando sea posible, de intercambio terapéutico es prospectiva. Cuando intercambio terapéutico se lleva a cabo, es preferible dar el medicamento equivalente terapéutico antes de la primera dosis de la medicación prescrita. Realizar el intercambio terapéutico antes de la administración de la primera dosis al paciente mejora la eficiencia del programa y mejora la aceptación del paciente.

POLÍTICA DE DROGAS GENÉRICAS

Es la política del PTI de utilizar medicamentos genéricos de alta calidad que esté disponible. Un medicamento genérico es idéntico, o bioequivalente, a un medicamento de marca en forma de dosificación, seguridad, potencia, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque los medicamentos genéricos son químicamente idénticos a sus equivalentes de marca, por lo general son vendidos a importantes descuentos sobre el precio de marca. Es la política del PTI para alentar a las farmacias a utilizar el mismo producto genérico que fue distribuido por la misma empresa que se imparte en la receta original en todas las recargas posteriores para la selección de productos de drogas. Generalmente, los precios promedios de medicamentos genéticos son 30 a 80% menos que los precios promedios de los medicamentos de marca. Los farmacéuticos pueden medicamento seleccionar para una farmacéuticamente equivalente (según se define en el Libro Naranja FDA) cuando las regulaciones estatales permiten. De lo contrario, el farmacéutico debe obtener la aprobación del médico que prescribe el uso del producto equivalente genérico. PTI no recomienda que la sustitución por genéricos ejercerse con productos de múltiples fuentes que no pueden considerarse terapéuticamente equivalentes a otros en la misma categoría. También se recomienda que no se llevará a cabo la sustitución genérica para cualquier producto sin calificación que se podrían considerar estrecho índice terapéutico de drogas (NTI) o que se sabe que no son bioequivalentes. Por último, es importante señalar que las leyes estatales y reglamentos que rigen la práctica de la sustitución por genéricos de los medicamentos determinados. Las solicitudes de excepción a la política de genéricos deberán documentar claramente las razones específicas de necesidad médica y adecuación.

Los medicamentos que tienen equivalentes genéricos disponibles están cubiertos en un nivel de reembolso de genéricos y deben ser prescritos y dispensados en forma genérica. Costo Máximo Permitido (MAC) se han establecido límites para las formas farmacéuticas específicas de estos medicamentos. La lista MAC establece un precio máximo para el reembolso de ciertos medicamentos recetados de múltiples fuentes. Este precio normalmente cubrir la adquisición de la mayoría de los genéricos, pero no las versiones de marca de la misma droga. Los productos seleccionados para su inclusión en la lista de MAC son comúnmente prescritos y dispensados y han pasado por la revisión de la FDA y el proceso de aprobación.

Se recuerda a los proveedores de los siguientes:

1. Cuando los conflictos genéricos de sustitución con los reglamentos estatales o restricciones, el farmacéutico debe obtener la aprobación de las recetas para utilizar el equivalente genérico.
2. Los farmacéuticos se les recuerda que una droga precedidos de un asterisco indica que uno o más (pero no necesariamente todas) las formas de la droga están sujetos a un coste máximo admisible (MAC), y la lista de MAC debe ser consultado.

3. Si un miembro insiste en el producto de marca para una prescripción de un medicamento incluido en la lista de MAC después a su médico ha aprobado la versión genérica, el paciente tendrá que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y la cantidad MAC (con cargo auxiliares). El caso prescindir como está escrito (DAW) de código de 2 debe ser utilizado al presentar la solicitud de prescripción para el reembolso.

MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

Over the counter (OTC) pueden ser cubiertos y algunos se muestran con fines informativos (cuando los productos disponibles sin receta puede ser menos costoso que el plan de un producto regulado). Si un producto de prescripción está disponible en la fuerza idéntica, la forma farmacéutica, y el ingrediente activo (s) como un producto de venta libre, el producto de prescripción no serán cubiertos. En estos casos, los médicos y los farmacéuticos deben consultar a los participantes a su equivalente de venta libre. Si el miembro o el médico insiste en que su equivalente de la prescripción, el miembro debe pagar el costo total de la receta.

FUERA DE LA ETIQUETA DEL USO DE MEDICAMENTOS

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha requerido que los medicamentos utilizados en los Estados Unidos sea seguro y efectivo. La información de la etiqueta o el prospecto de un medicamento indica que el consumo de drogas sólo en ciertos "aprobado" dosis y vías de administración para una determinada condición o estado de la enfermedad. El uso de un medicamento para un estado de enfermedad o condición no aparece en la etiqueta, o en una dosis o por una ruta que no figuran en la etiqueta, es considerado como un "no aprobado" o "sin etiqueta" o fuera "la etiqueta" el uso de la droga. La autorización previa es necesaria cuando un medicamento se usa fuera de su FDA aprobó la vía de administración, dosis, o una indicación. La cobertura se determinará de la misma manera y con sujeción a las mismas condiciones y limitaciones como cualquier otra medicina. Las autorizaciones previas para los usos de los medicamentos sin etiqueta se podrá conceder siempre que: a) el medicamento está aprobado por la FDA, y b) dos o más revisados por profesionales de las revistas médicas han reconocido, en base a criterios científicos médicos, la seguridad y la eficacia de la medicamento o combinación de medicamentos para el tratamiento de la indicación de que ha sido la medicación prescrita a menos que dos de los principales artículos revisados por colegas profesionales revistas médicas han concluido, en base a criterios científicos o médicos, que la droga o la combinación de drogas no es seguro o ineficaz o la seguridad y la eficacia de la droga o la combinación de drogas no se puede determinar para el tratamiento de la indicación para la que ha sido la droga o la combinación de medicamentos prescritos.

MEDICAMENTOS EXPERIMENTADOS

Cualquier medicamento o droga que no ha sido aprobado por la FDA para ser seguro y efectivo para su uso en los Estados Unidos no serán cubiertos. Esto incluye tanto los aprobados por la FDA y los medicamentos no autorizados que se encuentran en pruebas experimentales o de investigación para determinar las nuevas indicaciones, nuevas vías de administración, o nuevas formas de dosificación.

PASTILLA PARA CORTAR

Medicamentos que aparecen en el formulario en negrita representan un potencial 01/02 oportunidades de la tableta de algunas fortalezas. En algunos casos, de corte más alta dosis de tabletas por la mitad puede ahorrar hasta un 50 por ciento del costo de medicamentos recetados. Su médico o farmacéutico le puede decir si la división tableta trabajará para usted y si hay un ahorro de costos para los medicamentos específicos que usted está tomando.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Para promover la utilización adecuada, seleccionados de alto riesgo o medicamentos de alto costo pueden requerir autorización previa para ser elegible para la cobertura de beneficios del miembro de medicamentos recetados. El Comité de P & T ha establecido criterios de autorización previa. Para que un miembro para recibir la cobertura para un medicamento que requiere autorización previa, el médico del miembro debe contactar al centro de servicio al cliente al 1-800-546-5677 para obtener un formulario de solicitud de autorización previa. Su médico entonces puede ser necesario para documentar la razón por la cual un medicamento formulario no es aceptable para el tratamiento de su estado de enfermedad o condición médica. Su médico querrá incluir en su carta su diagnóstico y las terapias anteriores que han fracasado.

MANTENIMIENTO Y MEDICAMENTOS SIN MANTENIMIENTO

Beneficio de medicamentos recetados tarjeta de planes a menudo difieren en su diseño del plan. En algunos planes, los beneficios pueden variar dependiendo de si el medicamento es considerado como una enfermedad aguda o una medicación de mantenimiento. Su medicamento co-pago y la cantidad de medicamento que usted puede recibir en una receta puede variar dependiendo de la situación de los medicamentos. No Mantenimiento (aguda) Medicamentos: medicamentos aguda son medicamentos que se van a utilizar durante un corto período de tiempo. Esto puede incluir medicamentos que son administrados en una dosis de arranque. Una dosis inicial del medicamento es un medicamento que puede convertirse en un medicamento de mantenimiento en función de su nombre genérico y

la fuerza y no se ha obtenido en el período anterior de seis meses. Los medicamentos tales como antibióticos u otros agentes que se dan para curar o tratar una condición de la que se prevé la recuperación se consideran tratamientos curativos y se clasifican como medicamentos sin mantenimiento, o un medicamento a corto plazo. Mantenimiento de medicamentos: medicamentos de mantenimiento también se puede denominar como los medicamentos a largo plazo. El siguiente es el criterio que se utiliza para determinar si un medicamento es un medicamento de mantenimiento: a) La droga tiene una baja probabilidad de cambio de dosis o la terapia debido a efectos secundarios, el seguimiento de suero de concentración del fármaco, o la respuesta terapéutica a lo largo de un curso de tratamiento prolongado b) la utilización más frecuente de la droga es para tratar un estado de enfermedad crónica en un extremo de terapéutica no puede ser determinada. (Un medicamento puede tener una indicación para la terapia de mantenimiento, pero carece del código de mantenimiento con droga, si esa indicación no es el uso más común de la droga), c) El tratamiento con la droga no es considerada curativa o la promoción de la recuperación, y d) El medicamento se administra de forma continua y no intermitente. Los criterios antes mencionados se limitan al uso ambulatorio típico de una droga. Las formas de dosificación que no son prácticas para las grandes cantidades de dosificación (tales como líquidos) o de caducidad limitada citas son excluidos. Fármacos que se sabe de la toxicidad en peligro la vida cuando se toma en una dosis excesiva pueden ser excluidos. Los productos no-drogas y los medicamentos sin receta, con la excepción de la insulina (si está cubierto por el plan), son excluidos.

NUEVOS MEDICAMENTOS INTRODUCIDOS AL MERCADO DE CONSUMO

Mientras los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) aprueba los nuevos medicamentos y terapias disponibles para el mercado de consumo después de los Resumes de Documentos del Plan se han distribuido, el Plan de Beneficios de Drogas se reserva el derecho de extender o negar la cobertura a estos medicamentos después de la impresión de este documento. El Plan de Beneficios de Medicamentos también se reserva el derecho de asignar un co-pago o coseguro único a estos medicamentos y / o limitar las cantidades de estos medicamentos.

Los miembros recibirán notificaciones con respecto a cualquier modificación del Plan de Beneficios de Medicamentos sobre las drogas o terapias en el momento en que se presente una receta que se ve afectar por modificaciones en el formulario. Farmacias de la red se cargarán a comunicar estas actualizaciones o cambios en el programa que pueden afectar a un miembro. El P & T Comité revisará los nuevos medicamentos aprobados por la FDA en forma mensual. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1P (revisión de la FDA prioridad - los avances en terapéutica sobre los fármacos actualmente comercializados) automáticamente se considerará para su inclusión en el formulario, incluso si no se solicita por un plan. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1S (revisión de la FDA estándar - no podrán obtener beneficios terapéuticos sobre los fármacos actualmente comercializados) en general no serán considerados para la inclusión en el formulario, salvo que lo solicite un plan, o la clase de drogas es actualmente objeto de examen por el Comité P & T. Los miembros que desean tener nuevas terapias aprobadas considerados por el plan puede escribir y / o llame a la compañía SmartCardsm servicio del plan o puede comunicarse con el administrador del plan.

TERAPIA DE PASO

Terapia de paso es un programa especialmente diseñado para las personas que toman medicamentos recetados regularmente para tratar una condición médica continua. El programa le ayuda a obtener los medicamentos recetados que necesita, con seguridad, costo y más importante-su salud en mente. En el paso terapia, los medicamentos cubiertos que usted tome se organizan en una serie de "pasos", con la aprobación de su médico y escribir sus recetas. El programa comienza generalmente con medicamentos genéricos en los Estos medicamentos genéricos-rigurosamente probado y aprobado por los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) le permiten iniciar o continuar el tratamiento con medicamentos seguros y eficaces que también son accesible "primer paso". Su copago es generalmente el más bajo con un fármaco de primera etapa. Más caros los medicamentos de marca suelen ser tratadas en el "segundo paso", a pesar de que los genéricos cubiertos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de condiciones médicas. Su médico es consultado para su aprobación y escribir sus recetas sobre la base de la lista de medicamentos Terapia escalonada cubierta por el formulario. Terapia de Paso se desarrolla bajo la dirección y la dirección de médicos independientes, con licencia, farmacéuticos y otros expertos médicos. A la revisión de las investigaciones más recientes en miles de fármacos probados y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la seguridad y eficacia. Luego se recomienda los medicamentos apropiados de prescripción para el programa de terapia escalonada. La primera vez que presenta una receta que no es un fármaco de primera mano, su farmacéutico le indicará que hay una nota sobre el sistema informático que indica que nuestro plan de usos Terapia escalonada. Esto simplemente significa que si usted prefiere pagar el precio completo de su medicamento, su médico debe escribir una nueva receta para un medicamento de primer paso. Con la terapia escalonada, los medicamentos de marca más caros suelen ser cubiertos en un paso posterior en el programa si: usted ya ha probado el "primer paso", los medicamentos genéricos incluidos en el programa, usted no puede tomar el "primer paso" de drogas (debido a una alergia, por ejemplo), o su médico decide que necesita un medicamento de marca, por razones médicas. Si alguno de estos se aplica a usted, su médico puede solicitar una "autorización previa" para que usted tome un medicamento recetado segundo paso. Una vez que la autorización previa es aprobada, usted paga el copago de medicamentos apropiados para este formulario aprobado. Si la autorización previa no es aprobada, usted tendrá que pagar el precio completo de la droga.

LISTA DE LIMITACIÓN PARA DISPENSAR

Vea la lista en la página 4. La lista representa las P & T recomendaciones del Comité de las limitaciones de dispensación o la cantidad por una cantidad específica de tiempo. Límite de Cantidad de programación se ha convertido en una práctica del plan de farmacia aceptable que puede ser apropiado para colocar en algunos medicamentos. Las intenciones son de proteger la salud de los miembros y ahorrar el dinero del plan de beneficios. Este programa se asegura que miembros no reciben una receta para una cantidad que excede los límites del plan recomendado. Los límites son establecidos debido a que algunos medicamentos tienen el potencial de abuso, mal uso, residencia, o límite de un fabricante de la dosis máxima. Estos límites han sido revisados por nuestro personal médico y clínico, y el Comité de Farmacia y Terapéutica. Los límites se basan en la cantidad aprobada por la FDA esquemas de dosificación, las prácticas médicas actuales, basadas en la evidencia práctica y guías de la clínica, y revisada por expertos en la literatura médica relacionada con la droga en particular. La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes, ni la inclusión de una limitación de distribución implica que su plan de beneficios específicos que también tiene la misma limitación. **Los planes pueden elegir a sus propias limitaciones. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica y / o la inclusión de un medicamento en la lista de limitaciones distribuidas, ya que la lista está sujeta a cambios.**

MIEMBROS DE PROYECTO DE LEY DE DERECHOS

En un esfuerzo por reconocer los derechos de los miembros con respecto a los proveedores de asistencia sanitaria, productos y servicios de farmacia, National Pharmaceutical Services (NPS) ha adoptado la siguiente proposición de ley de Derechos.

DERECHOS DE UN MIEMBRO INCLUEN, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:

- Para ejercitar los anteriores derechos sin tener en cuenta edad, sexo, estado civil, orientación sexual, raza, color, religión, etnicidad, ascendencia, origen nacional, discapacidad mental o física, la información genética, estado de salud, fuente de pago, o la utilización de los servicios.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su necesidad de privacidad.
- Para que sus recetas dispensadas y servicios de farmacia siempre desde la elección de los proveedores de farmacia en la red de NPS. Sin perjuicio de plan de limitaciones de la red y las restricciones.
- Para conocer los términos y condiciones de su plan de beneficios de medicamentos recetados, el contenido de las listas de medicamentos preferidos, y los procedimientos para la obtención de exenciones o autorizaciones previas.
- Para recibir cualquier producto legalmente establecido, dándose cuenta de esto puede exigirles que absorban los gastos de una elección.
- Para solicitar y recibir cualquier producto del proveedor que legalmente cumplirá una receta genérica por escrito.
- Para obtener información relevante, actualizada y comprensible sobre su terapia de la medicación y su relevancia en el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica.
- Discutir y solicitar información relacionada con sus medicamentos específicos recetados, los posibles efectos secundarios adversos, y las interacciones medicamentosas.
- Esperar que todos los registros y los debates relativos a la terapia de drogas serán tratados como confidenciales.
- Para esperar que su información específica respecto a los medicamentos farmacéuticos no se extraerá, a condición, o vendidos al exterior partes sin su consentimiento informado por escrito y expresado.
- Tener la oportunidad de exponer las quejas o apelaciones sobre NPS, o la atención recibida al NPS Proveedores de la Red de Farmacia, y un proceso de apelación para garantizar la resolución justa de una reclamación o queja.

RESPONSABILIDADES DE UN MIEMBRO DE INCLUIR, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:

- Conocer, comprender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del plan de beneficio NPS de medicamentos administrados con receta. Esta información está disponible a través del Documento Resumen del Plan.
- Pagar los copagos, co-seguros o deducibles como se indica en el documento de resumen del plan en el tiempo de servicio es proporcionado aceptar las obligaciones financieras por los servicios prestados.
- El estar bien informado acerca de su terapia con medicamentos con receta, incluyendo los riesgos y limitaciones.
- Cumpliendo con su régimen de tratamiento farmacológico prescrito y mantener un estilo de vida saludable.
- Divulgar la información pertinente que sea necesaria para la selección adecuada de la terapia de drogas, incluyendo el estado de salud, estilo de vida, la alimentación y alergia a medicamentos, y la historia del medicamento.
- Para participar efectivamente en la toma de decisiones, los miembros deben asumir la responsabilidad de solicitar información o aclaraciones sobre los medicamentos que está tomando, cuando no entienden completamente la información e instrucciones.
- Para aceptar la responsabilidad personal si se niegan los tratamientos, medicamentos o servicios.
- Continuando con sus red de NPS SmartCard™ tarjeta de identificación y que se identificaron como titular de tarjeta inteligente antes de recibir productos farmacéuticos y / o servicios.

THERAPEUTIC CLASS		FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS									
ACNE PRODUCTS		Coverage Depends On Benefit Design													
Non-Maintenance		Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl peroxide/clindamycin Benzoyl peroxide/erythromycin		Claravis Clindamycin Engel Erythromycin Isotretinoin Metronidazole Minoxycline ER Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin		Metrogel Topical 1%		Acanya Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzaclin Benzamycin Gel Benzashave 5 Brevoxyl		Cleocin Cleocin T Topical Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epiduo Klaron Metrocream Metrolotion		Noritate Retin-A Solodyn Triaz Veltin			
ALZHEIMER'S MEDICATIONS		Donepezil Galantamine Galantamine ER		Rivastigmine Capsules		Aricept 23 mg Namenda Exelon Patches		Aricept Cognex Exelon Capsules		Razadyne Razadyne ER					
ANAL/RECTAL PRODUCTS		Hydrocortisone Pramoxine Hydrochloride						Analpralm HC Anusol HC Cortenema		Cortifoam Proctocort Proctofoam					
ANTI-ARRHYTHMIC (TO REGULATE HEART RHYTHM)		Maintenance		Amiodarone Disopyramide Flecainide Mexiletine Procainamide		Propafenone Quinidine Sotalol Sotalol AF		Tikosyn		Betapace Betapace AF Cordarone Multaq Norpace		Norpace CR Pacerone Rythmol Rythmol SR Tambocor			
ANTIBIOTICS		Non-Maintenance		Amoxicillin Amoxicillin/Clavulanate Amoxicillin/Clavulanate ER Ampicillin Azithromycin Cefaclor Cefadroxil Cefdinir Cefditoren Cefixime Cefpodoxime Cefprozil Cefuroxime Cephalexin Ciprofloxacin Cldamycin Clarithromycin Cloxacillin Dicloxacillin		Doxycycline Erythromycin Gentamicin Kanamycin Levofloxacin Methenamine Metronidazole Minocycline Neomycin Sulfate Nitrofurantoin Nyistatin Ofloxacin Penicillin Rifampin SMX/TMP Sulfadiazine Tetracycline Tobramycin Totacillin Trimethoprim		Ketek Zmax		Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Ceclor Ceclor CD Cedax Ceftin Cefzil Cipro Cipro Cystitis Cipro XR Cleocin Declomycin Diflucan Doryx Duricef		E.S. Elmiron Flagyl Flagyl ER Floxin Furadantin Hiprex Keflex Levaquin Lincocin Macrobid Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef PCE Primsol Spectracef		Septa Teflaro Tindamax Tobi Vancocin Vantin Vibratab Xifaxan Z-Pak Zithromax Zyvox	
ANTIBIOTICS-TOPICAL		Non-Maintenance		Bacitracin Gentamicin Ketoconazole foam		Mupirocin Polymyxin B		Akne-Mycin Cortisporin		Altabax Bactroban Extina					
ANTICONVULSANTS		Maintenance (all suspension forms are non-maintenance)		Carbamazepine Carbamazepine ER Clonazepam Diazepam Divalproex Divalproex ER E ethosuximide Gabapentin Lamotrigine Levetiracetam		Oxcarbazepine Phenelzine Phenobarbital Phenytoin Primidone Tiagabine Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril Lyrica Tegretol Tegretol XR	Banzel Carbatrol Cerebyx Depakene Depakote Depakote ER Equetro Keppra Keppra XR Klonopin	Lamictal Lamictal ODT Lamictal XR Mysoline Neurontin Phenytek Sabril Stavzor Topamax Trileptal	Vimpat Zarontin Zonegran					
Non-Maintenance		E ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension				Diastat									
ANTIDEPRESSANTS		Maintenance		Amitriptyline Amoxapine Bupropion, SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Imipramine		Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Paroxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine Trazodone Venlafaxine Venlafaxine ER	Cymbalta Pristiq	Anafranil Aplenzin Celexa Effexor Effexor XR Emsam Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor Parnate	Paxil Paxil CR Prozac Prozac Wkly Remeron Remeron SolTab Sarafem Surmontil Tofranil PM Viibryd Vivactil Wellbutrin	Wellbutrin SR Wellbutrin XL Zoloft					
ANTIARRHEALS		Non-Maintenance		Diphenoxylate/Atropine Lonox		Loperamide Paregoric				Alinia Imodium Lomotil		Motofen Xifaxan			

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)							
Non-Maintenance	Dolasetron Granisetron Meclozine Ondansetron Prochlorperazine Promethazine	Trimethobenzamide			Antivert Anemet Emend Kyril Marinol Medivert	Phenergan Sancuso Scopace Tigan Transderm Scop	Zofran Zofran ODT Zuplenz
ANTIFUNGALS							
Non-Maintenance	Amphotericin B Fluconazole Griseofulvin Itraconazole Ketoconazole	Nystatin Voriconazole			Amphotec Ancobon Bio-Statin Diflucan Fulvicin Fulvicin U/F	Grifulvin Gris-Peg Lamisil Nizoral Noxafil Oravig	Sporanox Sporanox Pulse Pak Vfend
ANTIFUNGALS - TOPICAL							
Non-Maintenance	Cyclopirox Clotrimazole Clotrimazole/ Betamethasone Econazole Iodoquinol Ketoconazole	Miconazole Nystatin Nystatin/ Triamcinolone Terbinafine			Exederm Fungoid Tincture Lamisil Loprox Lotrimin Lotrisone Mentax	Naftin Nizoral Oxitrat Penlac Nail Lacquer	
ANTIPSYCHOTICS							
Maintenance	Chlorpromazine Clozapine Fluphenazine Haloperidol Lithium Loxapine Olanzapine Olanzapine/ Fluoxetine Fluoxetine Perphenazine Perphenazine/ Amitriptyline	Quetiapine fumarate Risperidone Risperidone ODT Thioridazine Thiothixene Trifluoperazine Trimipramine Ziprasidone	Geodon Orap		Ability Clozaril Compazine Fanapt Fazaclo Haldisol Invega Invega Sustenna Invega ER Latuda Lithobid Loxitane	Moban Navane Risperdal Risperdal M Risperdal Consta Saphris Serquel Serquel XR Symbax Ziprexa Ziprexa Relprevv Ziprexa Zydis	
ANTIVIRALS							
Maintenance	Acyclovir Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Lamivudine/zidovudine Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine	Aptivus Atripla Combivir Completa Crixivan Edurant Emtriva Epivir Epivir HBV Epzicom Fuzeon Intelence Invirase Isentress Kaletra Lexiva	Norvir Prezista Rescriptor Reyataz Selzentry Sustiva Tamiflu Trizivir Truvada Videx Viracept Viramune Viread Ziagen Zovirax Cream/Oint.		Cytovene Denavir Topical Famvir Flumadine Relenza Diskhaler Retrovir Valtrex Victrelis Xerese topical Zerit Zovirax Tablets/Capsules		
ASTHMA/COPD INHALERS AND NEBULIZER SOLUTIONS							
Non-Maintenance	Albuterol Metaproterenol		Ventolin HFA		Proair HFA Proventil HFA Xopenex Xopenex HFA		
Maintenance	Budesonide Cromolyn Sodium Ipratropium Bromide Ipratropium/Albuterol		Advair Diskus Atrovent HFA Flovent Pulmicort Qvar	Serevent Spiriva Symbicort	Alvesco Arcapta Asmanex Brovana	Combivent Respirmat Dulera Foradil Perforomist	
ASTHMA/COPD - ORAL MEDICATIONS							
Maintenance	Albuterol Aminophylline Dyphylline Metaproterenol	Terbutaline Theophylline Zafirlukast	Singulair		Accolate Alupent Tablets Daliresp Lufyllin Theo-24	Uniphy Zyflo CR	
BLOOD MODIFIERS							
Non-Maintenance	Enoxaparin Heparin	Warfarin	Coumadin		Arixtra Fragmin	Innohep Lovenox	
Maintenance	Anagrelide Cilostazol Dipyridamole	Pentoxifylline Ticlopidine	Aggrenox Effient Plavix Pradaxa	Xarelto	Agrylin Amicar Brilinta Pletal	Trental	
CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - STATINS							
Maintenance	Amlodipine/ atorvastatin Atorvastatin	Lovastatin Pravastatin Simvastatin	Crestor Livalo		Advcor Altopen Lescol	Lescol XL Mevacor Pravachol	Vytorin Zocor
CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - OTHER							
	Colestipol Cholestyramine Gemfibrozil	Prevalite	Tricor Trilipix Lovaza	Niaspan Simcor	Antara Colestid Fibrincor	Lipofen Lofibra Lopid	Triglide Welchol Zetia

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
CONTRACEPTIVES (BIRTH CONTROL)	Coverage Depends On Benefit Design						
Maintenance	Amethyst April Aranelle Aviane Balziva Camila Cryselle Empresse Errin Gianvi Jolessa Junel Kariva Kelnor Lessina Levora Low-Ogestrel Lutera Microgestin Notrel Ocella	Ogestrel Portia Previfem Reclipsen Sprintec Tilia FE Tri-Legest FE Tri-lo Sprintec Tri-Preven-M Tri-Sprintec Trivora Velvet Zeosa Zovia	Loestrin FE 24 Ovcon 50		Alesse Angeliq Beyaz Brevicon Cesia Cyclessa Desogen Estrostep FE Femcon FE Jolivette Leena Lo/Ovral Lo-Seasonique Loestrin Lybrel Mircette Modicon Mononessa Natazia Necron Nor-Be Nordette	Norinyl Nor-QD Nuva Ring Ortho-Cept Ortho-Cyclen Ortho-EVRA Ortho-Micron Ortho-Novum 1/35 Ortho-Novum 1/50 Ortho-Novum 10/11 Ortho-Novum 7/7/7 Ortho-TriCyclen Ortho TriCyclen Lo Ovcon 35 Seasonale Seasonique Solia Trinessa Tri-Norinyl Yasmin Yaz	
CORTICOSTEROIDS - ORAL							
Non-Maintenance	Cortisone Acetate Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone	Prednisolone Prednisone Triamcinolone			Aristocort Celestone Cortef Cortone Acetate	Decadron Dexamethasone Intensol Liquid Pred	Medrol Pediacid Prednisone Solution Prealone
CORTICOSTEROIDS - TOPICAL (FOR RASH, INFLAMMATION)							
Non-Maintenance	Alclometasone Amcinonide Betamethasone Desonide Desoximetasone Diflorasone Diacetate Fluocinonide	Fluticasone Halobetasol Hydrocortisone Mometasone Pramoxine Prednicarbate Triamcinolone			Aclovate Cloderm Cordran Cordran Tape Cutivate Derma-Smoothe/FS Dermatop Desonate Desowen Diprolene	Elocon Halog Kenalog Spray Locoid Luxiq Olux-E Pandel Temovate Texacort Topicort Ultravate	Vanos Westcort
COUGH/COLD/ALLERGY PRODUCTS							
Non-Maintenance	Generic Cough/Cold/Allergy Combination Products				Allerx Allfen DM Allfen Anaplex DM Anaplex HD Aquatab Atuss Broncholate Brontex Dallery Deconamine Decosal II Donatussin Syrup Entex Liquibid-D Lodrane Maxifed Nalex-A Nalex-DH Norel Nucofed	Palgic Phenergan Prolex D Prolex DM, DH Respaire-60 Rynatan Semprex-D Tussionex Tussi-Organidin	
DIABETIC ORAL AGENTS							
Maintenance	Acarbose Chlорpropamide Fexofenadine/PSE Glimepiride Glipizide Glipizide/ Metformin Glyburide Glyburide/ Metformin Glyburide, Micronized	Metformin Nateglinide Rosiglitazone Rosiglitazone/ metformin- rosiglitazone/ glimepiride Tolazamide Tolbutamide	Actoplus-met Actos Duetact Glyset Janumet Januvia Juvisync		Amaryl Avandamet Avandaryl Avandia DiaBeta Fortamet Glucophage Glucophage XR	Glucotrol Glucotrol XL Glucovance Glynase Kombiglyze XR Metaglip Onglyza Prandin	Prandimet Precose Proglycem (non-maint.) Starlix Tradienta
DIABETIC SUPPLIES (Meters, Test Strips)							
Non-Maintenance			FreeStyle Lite FreeStyle Freedom Lite Precision Xtra				
DIGESTANTS							
Maintenance			Creon Ultrace MT Viokrase		Pancreaze Zenpep		

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status. The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS		FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
DIURETICS (Water Pills)						
Maintenance	Acetazolamide Acetazolamide ER Amiloride/HCTZ Bumetanide Chlorothiazide Chlorothiazide/ HCTZ Chlorthalidone Furosemide Hydrochlorothiazide	Indapamide Metolazone Methyclothiazide Spironolactone Spironolactone/ HCTZ Torsemide Triamterene Triamterene/ HCTZ		Aldactazide Aldactone Amiloride Capozide Demadex Diamox Sequel Cap Diuril Suspension Diuril Tablet	Dyazide Dyrenium Edecrin Lasix Maxzide Midamor Zaroxolyn	
ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS						
Non-Maintenance	Anthralin Calcipotriene Solution	Selenium Sulfide Tazarotene	Dovonex Cream/Ointment Soriatan	Altabax Dithrocreme HP Dovonex Solution Drito-Scalp	Taclonex Tazorac Sorilux Vectical	
ERECTILE DYSFUNCTION (Impotence) Coverage Depends On Benefit Design						
Non-Maintenance	Alprostadil Sildenafil citrate	Yohimbine	Viagra Cialis	Caverject Edex Levitra	Muse Staxyn	
GASTROINTESTINAL (HEARTBURN, ULCERS) Coverage Depends On Benefit Design						
Maintenance	Cimetidine Dicyclomine Famotidine Lansoprazole Misoprostol Nizatidine Omeprazole	Omeprazole/ Bicarbonate OTC Prilosec Pantoprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium	Aciphex Axid Bentyl Carafate Cytotec Helidac	Kapidex Metozolv ODT Pepcid Prevacid Prevpac	Prilosec Protonix Tagamet Zantac Zegerid
GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS						
Non-Maintenance	Cldinium Bromide Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscymine	Metoclopramide Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera	Amitiza Bentyl Cantil Difidid Donnatal	Levsin Parmine Reglan Robinul Sal-Tropine	
GOUT MEDICATIONS						
Maintenance	Allopurinol Colchicine/ Probenecid	Probenecid Sulfinpyrazone		Krstexxa Uloric Zyloprim		
Non-Maintenance	Colchicine			Colcrys		
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS						
Maintenance	Benzapril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril	Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril		Accupril Acon Altace Capoten	Lotensin Mavik Monopril Prinivil	Univasc Vasotec Zestril
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS - DIURETIC						
Maintenance	Benzapril/ HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ	Fosinopril/HCTZ Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ		Accuretic Capozide Lotensin HCT	Prinzipide Uniretic Vaseretic	Zestoretic
HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)						
Maintenance	Irbesartan	Losartan	Diovan	Atacand Avapro Benicar	Cozaar Edarbi Micardis	Teveten
HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER						
Maintenance			Exforge	Azor	Twynsta	
HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC						
Maintenance	Irbesartan/HCTZ	Losartan/HCTZ	Diovan HCT	Atacand HCT Avalide	Benicar HCT Hyzaar	Micardis HCT Teveten HCT
HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS						
Maintenance	Amlodipine Cartia XT Diltia XT Diltiazem Felodipine Iradipine Nicardipine	Nifedipine ER Nimodipine Nisoldipine ER Verapamil Verapamil ER	Caduet	Adalat Calan Cardene SR Cardizem Cardizem CD Cardizem LA Covera-HS	Dilacor XR Dynacirc CR Isoptin Nimotop Norvasc Procardia XL Sular	Verelan PM
HIGH BLOOD PRESSURE: ACE-INHIBITOR + CALCIUM CHANNEL BLOCKER						
Maintenance	Amlodipine/Benzapril Trandolapril/Verapamil		Tarka	Lotrel		
HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS						
Maintenance	Acetobutolol Atenolol Betaxolol Bisoprolol Carvediolol Labetalol	Metoprolol, XL Nadolol Pindolol Propranolol, XL Sotalol Timolol	Coreg CR	Betapace Bystolic Coreg Corgard Inderal Inderal LA	Innopran XL Kerlone Levatol Lopressor Sectal Tenormin	Trandate Toprol XL Zebeta
HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS + DIURETIC						
Maintenance	Atenolol/ chlorthalidone Bisoprolol/ HCTZ	Metoprolol/ HCTZ Propranolol/ HCTZ		Lopressor HCT Tenoretic Ziac		

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS	
HIGH BLOOD PRESSURE: MISCELLANEOUS						
Maintenance	Clonidine Clonidine/ Chlorthalidone Digoxin Doxazosin Eplerenone Guanabenz Guanfacine Hydralazine/ HCTZ Hydralazine/ HCTZ/Reserpine		Isoxsuprine Methylldopa/ HCTZ Minoxidil Nadolol/Bendro Papaverine Prazosin Reserpine/HCTZ Terazosin		Amturnde Exforge HCT Lanoxin Tekturna Tekturna HCT Tekamlo Valturna	
HORMONES						
Maintenance	Estradiol Estradiol/Norethindrone Estropipate Jinteli Medroxyprogesterone Methyltestosterone		Alora Cenestin Combipatch Femhrt 0.5/2.5 Gynodiol Prefest Premarin		Premphase Prempro Vivelle-Dot	
Non-Maintenance	Norethindrone		Prometrium		Aygestin	
INFLAMMATORY BOWEL AGENTS						
Maintenance	Sulfasalazine		Asacol		Amitiza Apriso Azulqidine Dipentum	
Non-Maintenance	Budesonide Mesalamine		Canasa		Colazal Entocort EC	
INSULINS						
Maintenance			Apidra Humalog Humulin Humulin 70/30		Humulin N Humulin R Lantus Levemir	
MIGRAINE MEDICATIONS <i>Quantity Limitations May Apply</i>						
Non-Maintenance	Bellamine-S Butorphanol NS Dihydroergotamine Ergotamine Ergotamine/Caffeine Isometheptene/Dichloraphenazone/APAP		Naratriptan Propranolol Sumatriptan Topiramate		Relpax Treximet	
					Alsuma Axert Botox Cafergot Cambia Depakote ER D.H.E. 45 Ergomar Frova Imitrex Inderal LA	
					Maxalt Maxalt-MLT Migergot Migranal Nasal Spray Phrenilin Sumavel Dosepro Topamax Zomig Zomig ZMT	
MUSCLE RELAXANTS						
Non-Maintenance	Carisoprodol Carisoprodol/ASA Chlorzoxazone Cyclobenzaprine Cyclobenzaprine ER		Dantrolene Metaxalone Methocarbamol Methocarbamol/ASA Orphenadrine Citrate		Amrix Dantrium Flexeril Norflex Parafon Forte	
Maintenance	Baclofen		Tizanidine		Lioresal	
NARCOTIC ANALGESICS (PAIN RELIEVERS-SEDATING)						
Non-Maintenance	Acetaminophen/Codeine Acetaminophen/Hydrocodone Acetaminophen/Oxycodone Aspirin/Oxycodone Codeine Fentanyl Hydrocodone Hydromorphone Ibuprofen/Hydrocodone Meperidine Methadone Morphine Oxycodeone Oxymorphone Oxymorphone ER Pentazocine Promethazine Propoxyphene Tramadol Tramadol/APAP Tramadol ER		Oxycontin		Abstral Actiq Avinza Butrans Capital And Codeine Combunox Demerol Dilaudid Duragesic Embeda Exalgo Fentora Fioricet Fiorinal Kadian Loracet Lortab Maxidone MS Contin Narcotic Analgesics Norco Nucynta	
					Nucynta ER Panlor SS Percocet Percoden Onsolis Opana Opana ER Roxicodone Rybix ODT Ryvolt Synalgos Talacen Talwin Talwin NX Tylenol With Codeine Tylox Ultracet Ultram Vicodin Vicoprofen Zydone	
NASAL PRODUCTS						
Non-Maintenance	Azelastine Flunisolide Ipratropium		Fluticasone Triamcinolone		Rhinocort Aqua Veramyst	
					Astelin Astepro Atrovent NS	
					Beconase AQ Flonase Nasacort AQ	
					NasoneX Patanase	

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS				
NITRATES (FOR HEART/ANGINA)							
Maintenance (except for sublingual and inhaled dosage forms)	Amyl Nitrite Dipyridamole Isosorbide Dinitrate Isosorbide Mononitrate Nitroglycerin Nitroquick	Ranexa	Dilatrate SR Imdur Ismo Isordil Monoket Nitrobid	Nitro-Dur Nitrolingual Nitrostat Sorbitrate Transderm-Nitro Patch			
NON-NARCOTIC ANALGESICS (PAIN)							
Non-Maintenance	Choline Magnesium Diflunisal Salsalate		Dolobid Equagesic Flexera DS	Zorprin			
NON-SEDATING ANTIHISTAMINES Coverage Depends On Benefit Design							
Non-Maintenance	Cetirizine Cetirizine D Desloratadine Fexofenadine OTC Fexofenadine/pse Loratadine	Loratadine D OTC Generic Claritin OTC Generic Zyrtec		Allegra Allegra D Clarinex Clarinex D	Xyzal Zyrtec Zyrtec D		
NON-STEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) AND ANTI-RHEUMATIC AGENTS							
Non-Maintenance	Ibuprofen Suspension Indomethacin Suspension Ketorolac Methotrexate		Enrel Humira Kineret Motrin Suspension	Naprosyn Suspension Pennsaid Spirix Toradol			
Maintenance	Diclofenac Etodolac Fenoprofen Flurbiprofen Ibuprofen Indomethacin Ketoprofen Leflunomide Meclofenamate	Meloxicam Mefenam Nabumetone Naproxen Piroxicam Oxaprozin Sulindac Tolmetin	Celebrex	Anaprox Anaprox DS Ansaid Arava Arthrotec Cataflam Clinoril Daypro Feldene Flector	Indocin Mobic Motrin Nalfon Naprelan Naprosyn Naprosyn EC Ponstel Ridaura Vimovo	Voltaren Voltaren XR Zipsor	
OPHTHALMIC PRODUCTS - GLAUCOMA							
Non-Maintenance	Apraclonidine Betaxolol Brimonidine Carteolol Dipevfrin Dorzolamide Dorzolamide/ Timolol	Latanoprost Levobunolol Metipranolol Pilocarpine Timolol	Azopt Betoptic S	Alphagan Alphagan P Betagan Betimol Betoptic Cosopt Iopidine Isopto	Carbachol Isopto Carpine Istalol Umanig Optipranolol Pilocaine HS Timoptic	Travatan Z Trusopt Xalatan	
OPHTHALMIC PRODUCTS - PAIN/INFLAMMATION							
Non-Maintenance	Dexamethasone Diclofenac Fluorometholone Flurbiprofen Ketorolac Levofoxacin Prednisolone Tetracaine Tobramycin/Dexamethasone		Alrex Flarex FML Forte FML S FML SOP	Lotemax Tobradex Oint.	Acular Acuvail Alcaine Alrex Blephamide Bromday Decadron Durezol Econopred Flarex FML Forte FML Liquifilm	FML S FML SOP Lotemax Maxidex Maxitol Moxeza Nevanac Ocufen Poly-Pred Pontocaine Pred Forte Pred G	Pred Mild Tobradex Susp. Vexol Voltaren
OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-INFECTIVES							
Non-Maintenance	Bacitracin Ciprofloxacin Erythromycin Gentamicin Gramicidin Neomycin Ofloxacin	Polymyxin B Sulfacetamide Sod Tobramycin Dexamethasone Trifluridine Trimethoprim	Tobradex Oint.	AzaSite Besivance Betadine Bleph-10 Ciloxan Iquix Natacyn Ocuflox Polysporin Polytrim	Quixin Tobradex ST Tobradex Susp. Tobrex Vigamox Viropic Vitrasert Zirgan Zylet	Zymar Zymaxid	
OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-ALLERGICS Coverage Depends On Benefit Design							
Non-Maintenance	Azelastine Cromolyn Epinastine Ketotifen	Olopatadine OTC Generic Zaditor	Alamast Alocril Alomide	Bepreve Crolom Elestat Emadine	Optivar Pataday Patanol Zaditor		
OPHTHALMIC PRODUCTS - MISCELLANEOUS							
Non-Maintenance	Atropine Cyclopentolate Homatropine	Naphazoline Phenylephrine Tropicamide		Cyclogyl Cyclomydril Homatropine Isopto Atropine	Isopto Hyoscine Mydriain Mydriacyl Restasis		
OSTEOPOROSIS DRUGS							
Maintenance	Alendronate Calcitonin		Actonel Boniva Monthly	Evista Forteo	Atelvia Didronel Fortsical Fosamax	Fosamax+D Miacalcin Spray Skelid	

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS			
OTIC PRODUCTS (FOR THE EAR)							
Non-Maintenance	Acetic Acid Antipyrine/ Benzocaine Hydrocortisone Neomycin Sulfate Ofloxacin Phenylephrine Hydrochloride Polymyxin B Sulfate Pramoxine Hydrochloride	Cerumenex Ciprorex Cipro HC Coly-Mycin-S	Cortisporin TC Cresylate Pramotic	Auralgan Cetralax Cortane-B Cortisporin Oticin HC Vosol Vosol-HC			
PARKINSON'S DRUGS							
Maintenance	Benztropine Caberadoline Carbidopa/ Levodopa	Pramipexole Rivastigmine Ropinirole Trihexyphenidyl	Comtan Exelon Patches Requip XL Stalevo	Tasmar	Azilect Exelon Capsules Mirapex Mirapex ER	Neupro Requip Sinemet	
Non-Maintenance	Amantadine Bromocriptine	Selegiline	Lodosyn	Cogentin Eldepryl	Parlodel		
PROSTATE MEDICATIONS							
Maintenance	Alfuzosin Doxazosin Finasteride	Prazosin Tamsulosin Terazosin	Avodart Jalyn	Cardura Flomax	Minipress Proscar	Rapaflo Uroxatral	
SEDATIVE/HYPNOTICS AND ANXIETY DRUGS							
Maintenance	Clonazepam						
Non-Maintenance	Alprazolam Alprazolam ODT Alprazolam XR Buspiron Chloral Hydrate Chlordiazepoxide Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Clorazepate Diazepam Droperidol Estazolam	Flurazepam Hydroxyzine Lorazepam Meprobamate Oxazepam Phenobarbital Temazepam Triazolam Zaleplon Zolpidem Zolpidem ER		Ambien Ambien CR Ativan Buspar Butisol Sodium Dalmane Doral Edluar Halcion Librax	Librium Limbitor Lunesta Nembutal Niravam Restoril Rozerem Seconal Silenor Sonata Tranxene	Valium Vistaril Xanax Xanax XR Zolpimist	
SMOKING DETERRENTS Coverage Depends On Benefit Design							
Non-Maintenance	Bupropion			Chantix Nicotrol	Nicotrol Inhaler	Nicotrol NS Zyban	
STIMULANTS (AMPHETAMINES)							
Maintenance	Amphetamine ER Amphetamine salt combo Dextroamphetamine Dextroamphetamine ER	Dextroamphetamine Methylphenidate Methylphenidate ER	Provigil Strattera	Adderall Adderall XR Concerta Daytrana Desoxyn	Dexedrine Focalin Focalin XR Intuniv Kapvay Metadate CD	Nuvigil Ritalin Ritalin LA Ritalin SR Vyvanse Xyrem	
TESTOSTERONE REPLACEMENT MEDICATIONS							
Maintenance	Androld Danzol Testosterone cyp inj Testosterone enan inj Testred		Androgel Axiron	Androderm Androxy Depo-Testosterone Fortesta Striant Testim			
THYROID MEDICATIONS							
Maintenance	Levothyroxine Liothyronine Methimazole Propylthiouracil Untithroid		Levoxyl Synthroid	Armour Thyroid Bio-Throid	Cytomel Tapazole Thyrolar	Tirosint	
URINARY INCONTINENCE							
Maintenance	Flavoxate Oxybutynin	Trospium	Detroil Detroil LA	Enablex Toviaz Vesicare	Gelnique Ditropan XL	Oxytrol Sanctura	
Non-Maintenance	Bethanechol	Hyoscymamine			Cystospaz	Urecholine	
VAGINAL PRODUCTS							
Non-Maintenance	Metronidazole Miconazole Nitrate Nyastatin Terconazole Urea (Carbamide)		AVC Cleocin Vaginal Crinone Estring Premarin	Amino-Cerv Endometrin Estrace Vaginal Femring Gynazole-1 Metrogel Vaginal Monistat Dual-Pak	Terazol 3 Terazol 7 Vagifem Vagistat-1		
WEIGHT LOSS PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design							
Non-Maintenance	Benzphetamine Diethylpropion Phendimetrazine Phentermine			Adipex-P Bontril Didrex Fasin Ionamin Tenuate Xenical			

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

SPECIALTY PHARMACY PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design

Your pharmacy benefit program may include coverage for certain products that are referred to as Specialty Medication. Most Specialty Medications are injectables, however some may be oral or transdermal. Specialty Medications may be medications that you administer to yourself or have a healthcare provider administer for you. The following is a list of medications that are considered Specialty Medications. As new medications that have similar indications enter the market these products may be added to the program without notice. (This list is subject to change – please consult Customer Service for an updated list) In many cases, these medications require prior authorization before dispensed. Medications marked with an (LD) are medications with a limited distribution program and distribution of these medications is usually from select specialty pharmacies directly to the patient, caregiver or institution.

Non-Restricted Specialty – Specialty co-pay and plan benefit provisions apply, however product is not limited to Specialty Pharmacies.

ANTICOAGULANTS	ANTINEOPLASTICS
ARIXTRA ENOXAPARIN FRAGMIN	HEPARIN SODIUM INNOHEP LOVENOX
ASSORTED CLASSES	ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.
ABSTRAL ACTIQ FENTORA LEVAQUIN	ONSOLIS SABRIL (LD) VALCYTE ZYVOX
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.	HEMATOPOIETIC AGENTS
REMICADE	AREDIA FEMARA PAMIDRONATE DISODIUM
HEMOSTATICS	MIGRAINE PRODUCTS
CYKLOAKPRON	CYANOCOBALAMIN CYANOJECT HYDROBEXAN HYDROXOCOBALAMIN DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE

Specialty Medications – Plan benefit parameters may limit to Specialty Pharmacies only.

AMINOGLYCOSIDES	ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS			
TOBI	XOLAIR			
ANTIDOTES				
DEFEROXAMINE DEXRAZOXANE EXJADE (LD)	MESNEX TOTECT			
ANTINEOPLASTICS				
ABRAXANE ACTIMMUNE ADCETRIS ADRIAMYCIN ADMIRAL AFINITOR ALCERON N ALIMA ALKERAN ARIMIDEX AROMASIN ARRANON ARZERRA AVASTIN BICNU BLENOXANE BLEOMYCIN SULFATE BUSULFEX CAMPATH CAMPTOSAR CAPRELSA (LD) CARBOPLATIN CASODEX CERUBIDINE CLADRIBINE CLOLAR COSMEGEN CYCLOPHOSPHAMIDE CYTARABINE CEENU DACARBAZINE	DACOGEN DAUNORUBICIN DAUNOXOME DEPOCYT DOXIL DOCORUBICIN DTIC-DOME IV ELLENCE ELIGARD ELOXATIN ELSPAR EMCYT EPIRUBICIN HCL ERBITUX ETIYOL ETOPOSIDE FLUDARABINE SULFATE FIRMAGON FLOXURIDINE FLUDARA FUDR GEMZAR GLEEVEC HALAVEN HERCEPTIN HEXALEN HYCAMTIN HYDREA	IDAMYCIN PFS IDARUBICIN HCL IFEX IFEX/MESNEX IFOSFAMIDE IFOSFAMIDE/MESNA IMRON-A IMRON-A IRESSA (LD) ISTAMAX IXEMTRA JEVTANA LETREMOL LEUCOVORIN LEUKERAN LEUKINE LEUPROLIDE ACETATE LEUSTATIN LUPRON DEPOT LYSODREN MATULANE MELPHALAN HCL MESNA MITOMYCIN MITOXANTRONE HCL MUSTARGEN MUTAMYCIN MYLERAN MYLOTARG NAVELBINE NEXAVAR (LD) NILANDRON	NIPENT NOVANTRONE OFORTA ONCASPAR ONVAY ONXAL OXALIPLATIN OXYSORALEN ULTRA PACITAXEL PANRETIN PARAPLTIN PHOTOFRIN PROLEUKIN PROVENGE PURINETHOL RITUXAN SPRYCEL SUTENT TABLOID TAXOL TAXOTERE TARABINE PFS TARCEVA TARGRETIN TASIGNA TAXOL TAXOTERE TEMODAR THERACYS THIOTEPA THYROGEN	TICE BOG TOPOSAR TORISEL TRELSTAR DEPOT TRELSTAR LA TRETYCIN TREXALL TRISNOX TYSERB VALSTAR VANTAS VANDETANIB VECTIBIX VELCADE VESANOID VIDAZA VINBLASTINE SULFATE VINCristine SULFATE VINORELBINE TARTRATE VOTRIENT VUMON XALKORI (LD) XELODA VERVoy ZEVALIN ZINECARD ZOLADEX ZOLINZA ZORTRESS

ANTIPARKINSON AGENTS	ANTIPSYCHOTIC AGENTS
APOKYN (LD)	GEODON RELPREV RISPERDAL CONSTA ZYPREXA INJ

ANTIVIRALS			
APTVUS ATRIPLA BARACLUDE BAYHEP B COMBIVIR COMPLERA COPEGUS CRIXIVAN DIDANOSINE EDURANT EMTRIVA EPIVIR EPIVIR HBV EPZICOM FUZEON	HEPAGAM HEPSERA HYPERHEP B-S-D HYPERRAB S-D INCIVEK INFERGEN INVIRASE ISENTRESS INTELENCE KALETRA LEXIVA NABI-HB NORVIR PEGASYS PREZISTA	PEG-INTRON REBETOL SCRIPTOR RETROVIR IV REYATAZ RIBAPAK RIBASPHERE RIBATAB RIBAVIRIN ROFERON-A SELZENTRY SIMULECT STAVUDINE SUSTIVA TRIZIVIR	TRUVADA TYZEKA VICTRELIS VIDEX VIDEX EC VIRACEPT VIRAMUNE VIRAMUNE XR VIREAD ZERIT ZIAGEN ZIDOVUDINE

ASSORTED CLASSES

ADAGEN	CYCLOSPORINE	MAKENA	PROLIA	VIVITROL
ALOXI	DESFERAL	MOZOLAL	RAPAMUNE	XEOMIN
AMBISOME	DYSPOH	MYCOPHENOLATE	REVIMID	XIAFLEX
ANZEMET	ELAPRASE	MYFORTIC	SANDIMMUNE	XGEVA
ARCALYST (LD)	GENGRAF	MIZOZYME	SUCRAID (LD)	XYREM (LD)
ATGAM	ILARIS (LD)	NEORAL	SODIUS	ZEMPLAR
BENLYSTA	IMITREX INJ	NIZOQUIX	SYLATRON	ZENAPAX
BICILLIN	KRYSTEXXA	ORTHOCLONE-OKT3	TACROLIMUS	ZYVOX
CAVERJECT	LEVAQUIN	PRIALT	THALOMID	
CUVPOS A	LUMIZYME	PROGRAF	VANCOMYCIN	

BIOLOGICS

ACTEMRA	KINERET	ADCIRCA	REMODULIN (LD)
ENBRELA	MYOCHRYSINE	DOBUTAMINE	REVATIO
EXTAVIA	ORENCIA	EPOPROSTENOL	TIKOSYN
GILENYA	SIMPONI	FIRAZYR (LD)	TRACLEER
HUMIRA		FLOLAN	TYVASO (LD)
		LETAIRIS (LD)	VELETRI
		NATRECOR	VENTAVIS (LD)

CYSTIC FIBROSIS AGENTS

CAYSTON (LD)	AMEVIVE
	QUTENZA
	SORIATANE
	STELARA

ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.

ADAGEN	DEPOESTRODIOL	IPLEX	PLENAKIS	STIMATE
ALDURAZYME	DEPO PROVERA	KALBITOR (LD)	PROMACTA	SUPARTZ
AREDIA	DEPOTESTOSTERONE	KUVAN	PROPLEX-T	SUPPRELIN LA
BONIVA	DESMOPRESSIN	LUVERIS	RECLAST	SYNAREL
CALCIMAR	ACETATE	MIACALCIN	REFACTO	SYNIVISC
CALCITONIN	EGRIFTA	MIRENA	REFLUDAN	TEV-TROPIN
CALCTRIOL	ELUTEK	NAGLAZYME	SAIZEN	VIADUR
CARBAGLU (LD)	EUFLEXXA	NORDITROPIN	SAMSCA	VPRIV
CERDEASE	FABRAZYME	NPLATE	SANDOSTATIN	ZAVESCA (LD)
CEREZYME	FORTEO	NUTROPIN	SANDOSTATIN	ZOMETTA
CRINONE	GENOTROPIN	NUTROPIN AQ	LAR DEPOT	ZORBTIVE
CYSTADANE	GEREF	OCTREOTIDE ACETATE	SENSIPAR	ZYTIGA
DDAVP	HUMATROPE	OMNITROPE	SEROSTIM	
DEGARELIX	HYALGAN	ORFADIN (LD)	SOMATULINE	
DELATESTRYL	INCRELEX (LD)	ORTHOVISC	SOMAVERT (LD)	

GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.

CHENODAL (LD)
CIMZIA
EMEND
RELISTOR

HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.

ADVATE	BENEFIX	HUMATE-P	NOVOSEVEN RT	RHOGAM
ALBUMIN HUMAN	BERINERT	HYPERRHO S-D	PANHEMATIN	PHOHYLAC
ALBUMINAR	BUMINATE	HYTE-C	PLAS/SD GROUP B	RIASTAP
ALBUMIN-ZLB	CINRYZE	IPRIVASK	PLASBUMIN	THROMBATE III
ALBUTEIN	FACTOR VIII	KOATE-DVI	PLASMANATE	WINRH0
ALPHANATE	FEIBA VH IMMUNO	KOGENATE FS	PLASMA PLEX	XYNTHA
ALPHANINE SD	FLEXBUMIN	MICRHOGAM	PLASMASTEIN	WILATE
ARALAST (LD)	GLASSIA (LD)	MONARC-M	PROFILLINE SD	ZEMAIRA
ATRYN	HELIXATE FS	MONOCLOATE-P	PROLASTIN (LD)	
AUTOPLEXT	HEMAFIL M	MONONINE	PROTENATE	
BEBULIN VH	HUMAN ALBUMIN	NOVOSEVEN	RECOMBINATE	

HEMATOPOIETIC AGENTS

ARANESP	NEUMEGA	AMICAR
EPOGEN	NEUPOGEN	AMINOCAPROIC ACID
NEULASTA	PROCRT	

INFERTILITY AGENTS

BRAVELLE	FACTREL	OVIDREL
CETROTIDE	FERTINEX	PREGNYL
CHORIONIC	FOLLISTIM AQ	PROCHIEVE
GONADOTROPIN	GANIRELIX	PROGESTERONE IN OIL
CLOMID	GONADOTROPIN	REPRONEX
CLOMIPHENE	GONAL-F	SEROPHENE
ESTRADIOL	IMPLANON NOVAREL	
DELESTROGEN	MENOPUR	

INTRA-OCULAR AGENTS

LUCENTIS	BAYGAM	GAMUNEX
MACUGEN	CARIMUNE	HYZENTRA
OZURDEX	CECEPT	IVEEGAM EN
PROVIG	CYTOGAM	OCTAGAM
RETISERT	FLEB-GAMMA	POLYGAM S/D
VISUDYNE	GAMASTAN	PRIVIGEN
VITRASERT	GAMMAGARD S/D	THYMOGLOBULIN
	GAMMAPLEX	VENOGLOBULIN S
	GAMMAR PIV	VIVAGLOBIN

PASSIVE IMMUNIZING AGENTS

RESPIGAM	ACTHAR HP	EXTAVIA
SYNAGIS	AMPYRA (LD)	MYOBLOC
	AVONEX	REBIF
	BETASERON	RILUTEK
	BOTOX	TYSAZIBI
	COPAXONE	XENAZINE (LD)

RESPIRATORY AGENTS - MISC.

PULMOZYME

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status. The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATIONS AND THEIR PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE

NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATION	PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE
Abilify	Risperidone
Accu-Check	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra
Advicor.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Lipitor, Crestor
Allegra-D	loratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Amerge	Relpax, sumatriptan, naratriptan
Avalide	Diovan HCT, losartan/hctz
Avapro.....	Diovan, losartan
Bayer Contour.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra
Bayer Breeze	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra
Benicar	Diovan, losartan
Clarinex.....	loratadine, fexofenadine, cetirizine
Clarinex D	loratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Enbrel.....	Humira
Foradil	Serevent
Frova.....	Relpax, sumatriptan
Lescol.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Lescol XL	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Lexapro	citalopram, paroxetine, fluoxetine, sertraline
Lumigan	Latanoprost
Maxalt.....	sumatriptan, Relpax
Nasacort AQ	flunisolide, fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Nasonex.....	fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Patanol.....	OTC Zaditor, ketotifen, azelastine
Prevacid.....	OTC Prilosec, omeprazole, Nexium, lansoprazole
One Touch Ultra.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra,
Vytorin.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor

PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

This list contains the Preferred Brand Name Medications listed on the second tier of the formulary.

Actonel	Crixivan	Janumet	Serevent
Actoplus-met	Cymbalta	Januvia	Simcor
Actos	Detrol	Juvisync	Singulair
Advair Diskus	Detrol LA	Kaletra	Soriatane
Aggrenox	Diastat	Ketek	Spiriva
Akne-Mycin	Dilantin	Lanoxin	Stalevo
Alamast	Diovan	Lantus	Strattera
Alocril	Diovan HCT	Levemir	Sustiva
Alomide	Dovonex Cream/Oint.	Levoxyl	Symbicort
Alora	Duetact	Lexiva	Synthroid
Alrex	Edurant	Livalo	Tamiflu
Amturnide	Effient	Lodosyn	Tarka
Androgel	Emtriva	Loestrin FE 24	Tasmar
Apidra	Enablex	Lotemax	Tegretol
Aptivus	Epivir	Lovaza	Tegretol XR
Aricept 23mg	Epivir HBV	Lyrica	Tekamlo
Asacol	Epzicom	Metrogel Topical 1%	Tekturina
Atripla	Estring	Namenda	Tekturina HCT
Atrovent HFA	Evista	Nexium	Tikosyn
AVC	Exelon Patches	Niaspan	Tobradex Oint.
Avodart	Exforge	Norvir	Toviaz
Axiron	Exforge HCT	Orap	Treximet
Azopt	Felbatol	Ovcon 50	Tricor
Betoptic S	Femhrt 0.5/2.5	Oxycontin	Trilipix
Boniva Monthly	Flarex	Plavix	Trizivir
Canasa	Flovent	Pradaxa	Truvada
Celebrex	FML Forte	Pramotic	Ultrace MT
Cenestin	FML S	Precision Xtra	Valturna
Cerumenex	FML SOP	Prefest	Ventolin HFA
Cialis	Forteo	Premarin	Veramyst
Cipro HC	Freestyle Light	Premphase	Vesicare
Ciprodex	Freestyle Freedom Light	Prempro	Viagra
Cleocin Vaginal	Fuzeon	Prezista	Videx
Coly-Mycin-S	Gabitril	Pristiq	Viokase
Combipatch	Geodon	Prometrium	Viracept
Combivir	Glyset	Provigil	Viramune
Complera	Gynodiol	Pulmicort	Viread
Comtan	Humalog	Pylera	Vivelle - Dot
Coreg CR	Humulin	Qvar	Xarelto
Cortisporin	Humulin 70/30	Ranexa	Ziagen
Cortisporin TC	Humulin N	Relpax	Zmax
Coumadin	Humulin R	Requip XL	Zovirax Cream/Oint.
Creon	Intelence	Rescriptor	
Crestor	Invirase	Reyataz	
Cresylate	Isentress	Rhinocort Aqua	
Crinone	Jalyn	Selzentry	

ClearScriptSM
TOTAL ORGANIZATIONAL HEALTHSM